

Robert Hutterer

Eine Methode für alle Fälle

Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematisierungen

Zusammenfassung: Der Artikel befasst sich kritisch mit dem Problem differenzieller Ansätze in der Klientenzentrierten und Personenzentrierten Psychotherapie. Zu den zentralen Aussagen gehören: (a) Ausgangspunkt; differenzielle Ansätze sind Antworten auf schwierige Therapiesituationen, schwere Störungen und „schwierige“ Klienten; sie zielen auf eine Erweiterung der therapeutischen Effektivität. (b) Differenzielle Ansätze stellen weniger Weiterentwicklungen und Verbesserungen der Klientenzentrierten Therapie dar, sondern sind Anpassungen an vielfältige Bedingungen der Praxis und Folge der Heterogenisierung der Anwendungsfelder, der Klienten und der Therapeuten. (c) Differenzielle Ansätze können der Kompensation von Einschränkungen therapeutischer Kompetenz dienen. (d) Eine differenzielle Strategie für die erfolgreiche Ausübung des Therapeutenberufes ist eine Strategie der Selbstselektion. Sie erfordert für den Praktiker eine „privilegierte Position“: Die Freiheit einer psychohygienischen Lebensführung, eine ökonomische Situation mit flexiblem finanziellem Einkommen, Rekrutierung und „Anziehung“ einer passenden Klientel, die Verankerung in einem Netzwerk kollegialer Kooperation.

Stichwörter: Differenzielle Psychotherapie, schwierige Therapiesituationen, optimale Individualisierung der Therapeut-Klient-Beziehung, differenzielle Strategie für einen beruflichen Erfolg als Therapeut.

Abstract: One method for all cases: Differential strategies in person-centred psychotherapy: Clarifications and problems. This article offers a critical exploration of differentiated strategies in client-centred therapy. Central propositions are: (a) Differentiated concepts are more of an adaptation to a number of practical conditions and a result of an increasing multiplicity of applications, clients and therapists than a further development or refinement of client-centred therapy. (b) Differentiated strategies can serve to compensate for limitations in therapeutic competence and to encourage a promise of success even in the case where there is insufficient implementation of client-centred core conditions. (c) Therapists self-selection is a differentiated strategy for the successful practice of the profession of psychotherapy. It requires a 'privileged position' for the practitioner: namely, the freedom to live a psychologically healthy life, the maintenance of an economically viable situation with a flexible income, the 'recruitment' and attraction of suitable clients (best fit strategies) and a secure position within a network of cooperative professional colleagues.

Keywords: Differentiated psychotherapy, difficult therapy situations, optimal individualization of therapeutic relationship, differentiated strategy for the successful practice of psychotherapy.

Einleitung und Problem

Die mehr als sechzigjährige Geschichte der Klientenzentrierten Psychotherapie¹ ist auch eine Geschichte ihrer Diversifikation. Besonders in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten haben sich die Rahmenbedingungen für die Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes gewandelt: Erfahrungen mit neuen Klientengruppen und Störungen im klinischen Bereich, Anwendungen im quasi- und außertherapeutischen Praxisfeldern (Erziehung, Sozialarbeit, Medizin, Wirtschaft etc.) haben die Erfahrungsbasis immens verbreitert. Epochale Änderungen, die mit den Schlagworten Globalisierung

und Neo-Liberalismus assoziiert sind, brachten die Psychotherapie in einen Kosten-Nutzen-Druck und unter einen Technologie-Anspruch, der speziell personenzentrierte Psychotherapieformen unter Spannung setzte. Neue allgemeine Trends in der Entwicklung der Psychotherapie wie die Marktpresenz von immer neuen psychologisch-psychotherapeutischen Techniken und der Trend zu Integration machten die Klientenzentrierte Psychotherapie einerseits

1 In dem Artikel werden die Bezeichnungen für die psychotherapeutischen Methode „Klientenzentrierte Psychotherapie“, „Personenzentrierte Psychotherapie“ und „Gesprächspsychotherapie“ synonym verwendet.

zum Objekt methodischer Anleihen (wenn nicht sogar Ausbeutung), andererseits zum Anziehungspunkt eklektischer Verbindungen (Sanders, 2004). Spätestens seit dem Tod von Rogers 1987 häuften sich Äußerungen von Unzufriedenheit mit der traditionellen und „reinen“ Klientenzentrierten Psychotherapie und zunehmend selbstbewusster wurden Alternativen der Standardmethode. Diese Alternativen präsentierten sich als „Ergänzungen“, „Optimierungen“ oder „in Kombination“ mit anderen Verfahren. Derartige Entwicklungen wurden nicht selten beklagt (z. B. Mearns & Thorne, 1988), ihre Krisenhaftigkeit oft genug konstatiert (Hutterer, 1992, 1993; Swildens, 2002b; van Kalmthout, 2002) und schließlich auch mit Rettungs- und Ordnungsversuchen bedacht. (Lietaer, 2002; Schmid, 2002, 2003). Diskussionen und Fachartikel beschäftigen sich immer wieder mit der Frage, was eigentlich das Zentrale und Unverwechselbare der Klientenzentrierten Psychotherapie sei (z. B. Brodley, 1986), mit der Klärung und Korrektur von Missverständnissen des Konzepts (z. B. Barrett-Lennard, 1993) oder mit der Frage der „Legitimität“ von unterschiedlichen methodischen Orientierungen innerhalb des Klientenzentrierten Ansatzes (z. B. Stumm & Keil, 2002).

Ein guter Teil der Spannungen und Entwicklungsprobleme, die in der klientenzentrierten Bewegung feststellbar sind, scheint mit einer Problematik verbunden, die man an einer Auffassung von Rogers festmachen kann, welche er immer wieder wiederholt und bestätigt hat. Er betrachtete als zentrales Charakteristikum Klientenzentrierter Psychotherapie die Auffassung, dass die gleichen therapeutischen Prinzipien auf alle Personen anwendbar sind – unabhängig davon, wie diese diagnostisch einzuordnen sind: Dieselben therapeutischen Prinzipien gelten für alle Menschen, seien sie noch so verschieden. Oder wie es Shlien (2002, S. 402) prägnant zum Ausdruck brachte: „Klientenzentrierte Psychotherapie kennt nur eine Behandlung für alle Fälle“. Diese Auffassung dürfte eine Schlüsselfunktion für die Dynamik und Spannung innerhalb der personenzentrierten Bewegung insgesamt einnehmen, vor allem auch deshalb, weil sie in ihrer Nachhut eine Reihe weiterer sensibler Fragen berührt wie z. B. Art und Funktion von Diagnostik, Art und Ausmaß der Expertenrolle, das Verhältnis von Beziehung und Technik, die Bedeutung einer Problemzentrierung sowie die Funktion der Nicht-Direktivität, um die wichtigsten zu nennen (vgl. Takens & Lietaer, 2004b; Cornelius-White, 2004). Auf der Basis dieser Auffassung wurden die zentralen therapeutischen Prinzipien lange Zeit auf die so genannten core conditions (Kernvariablen: Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz) beschränkt und auf einer mittleren Abstraktionsebene beschrieben. Auch Rogers selbst hat in seinen meistgelesenen Werken diese Beschränkung verbreitet. Dies führte zu einer Reihe von Missverständnissen und kontraproduktiven Interpretationen. Höger (1989) hat auf die unzureichende Differenzierung zwischen therapeutischer Beziehung, therapeutischen Einstellungen und konkreten Verhaltensweisen bzw. abgrenzbaren Skills aufmerksam gemacht. Es entstand dadurch ein doppelt

missverständliches Bild von einer Klientenzentrierten Therapie, die ihre Methode auf das „Spiegeln von Gefühlen“ beschränkt – auf eine einfache Technik, die ungeachtet der Symptomatik oder des Störungsbildes unterschiedslos auf alle Klienten angewandt würde.

Die Praxis der Klientenzentrierten Psychotherapie war weit entfernt von diesen verzerrten Bildern: Weder die uniforme Verwirklichung von therapeutischen Einstellungen, noch die stereotype Anwendung einer simplen Spiegel-Technik sollten den Klientenzentrierten Psychotherapeuten² in der Praxis so recht und unkompliziert gelingen. Die vielschichtigen Anforderungen der therapeutischen Praxis, die Vielfalt von Bedingungen und Voraussetzungen, die Konfrontation mit jeweils neuen Störungsbildern und überraschenden Symptomen, die individuellen Eigenarten der Klienten in ihrer Ausdrucksweise und speziell auch die therapeutischen Misserfolge und Therapieabbrüche zwangen zu einer „unterscheidenden Anpassung“. Die differenzielle Praxis, die so entstand, war selten genug das Ergebnis einer reflektierten Anwendung eines wohlverstandenen klientenzentrierten Therapiekonzepts auf neue praktische Anforderungen. Denn immer wieder wurden auch Fehlauffassungen und Missverständnisse des Konzepts kolportiert und argumentiert. Aber all das zusammen schaffte ein Bewusstsein für die vielfältigen Probleme bei der praktischen Realisierung eines Therapiekonzepts, das von seinen Grundsätzen her anscheinend so einfach zu verstehen war. Auch Rogers stellte fest, es sei „das Grundsätzliche daran leicht fasslich“, dagegen die praktische Realisierung „eine schwierige und komplizierte Angelegenheit“ (Rogers, 1962a/1977, S. 188). Auch die allgemeine Psychotherapieforschung fokussierte auf dieses Problem und sprach von einem Uniformitätsmythos (Kiesler, 1966), dem psychotherapeutische Methoden aufsitzen, die ein und dieselbe Behandlungsmethode auf (diagnostisch) unterschiedliche Klientengruppen anwenden. Mit der Uniformität des therapeutischen Vorgehens wurden auch Therapieabbrüche in Zusammenhang gebracht (Grawe et al., 1994).

Das Prinzip „Eine Methode für alle Klienten“ wurde angesichts dieser Entwicklungen und Einwände immer unhandlicher. Insgesamt ist dadurch jedoch klar geworden: die Unterschiede zwischen Klienten müssen bei der Umsetzung der therapeutischen Bedingungen stärker beachtet werden. Man sprach in diesem Zusammenhang von einem „differenziellen Vorgehen“ in der Klientenzentrierten Therapie. Seit mehr als 30 Jahren gibt es eine Diskussion darüber. Truax (1966) hat erstmals auf differenzielle Aspekte in der Vorgangsweise von Rogers hingewiesen. Bastine (1970) dürfte der erste im deutschen Sprachraum gewesen sein, der das Thema aufgegriffen hat. Ein Ausgangspunkt für seine Überlegungen zur differenziellen Perspektive waren schwierige Gesprächssituationen im therapeutischen Prozess. Tscheulin (1983) hat eine breitere Diskussion angeregt

2 In diesem Artikel werden männliche, weibliche und gelegentliche beide Geschlechterformen verwendet. Es sind immer beide Geschlechter gemeint.

(vgl. auch Tscheulin, 1992; Auckenthaler, 1994). Die Profilierung von erfahrungs- und erlebensorientierten Psychotherapien (*experiential psychotherapies*; vgl. auch Lietaer, 1992; van Balen, 2002) im Anschluss an Gendlin (1973, 1998) und Greenberg (Greenberg, Watson & Lietaer, 1998; Greenberg, Rice & Elliott, 2003) machte die differenzielle Fragestellung komplexer und spannungsreicher und brachte das Paradigma des Personenzentrierten Ansatzes deutlich in Bewegung (vgl. Hutterer et al., 1996). Heute gehört das Problem der differenziellen Vorgangsweise weltweit zu den wichtigsten Fragen, mit denen die Klientenzentrierte Psychotherapie konfrontiert ist (vgl. Takens & Lietaer, 2004). Die zentrale Problemstellung einer „differenziellen Perspektive“ innerhalb der Klientenzentrierten Psychotherapie – wie und in welcher Weise können die therapeutischen Bedingungen realisiert und berücksichtigt werden, damit sie den individuellen Eigenheiten von verschiedenen Klienten gerecht werden? – wurde um weitere Faktoren wie Prozessverläufe und Störungsmuster erweitert. Die Komplexität der Fragestellung wird zusätzlich erhöht, wenn unterschiedliche Anwendungsbedingungen (Setting, Arbeitsbedingungen, ökonomische Situation, Zeitgeist, gesellschaftlich-politische Situation und kulturell dominierende Werte etc.) oder unterschiedliche Therapeutenpersönlichkeiten (hinsichtlich Einstellungen, Lern- und Erfahrungsbereitschaften, berufliche Sozialisation etc.) ins Spiel gebracht werden. Es wurde dadurch auch deutlich, dass diese Komplexität über eine (quantifizierende) Forschung allein nicht mehr sinnvoll zu bewältigen ist. Die differenzielle Problemstellung enthält darüber hinaus immens praktische Implikationen, die zentrale Aspekte der persönlichen und beruflichen Verwirklichung von Therapeuten sowie die Bedingungen der Berufsausübung der gesamten Profession berühren.

Zur Darstellung der weiteren Argumentation möchte ich vorerst zwei zentrale Entwicklungsbedingungen für die Entfaltung der differenziellen Fragestellung deutlicher beleuchten, um darauf hin auf die Vielfalt differenzieller Verfahren einzugehen. In weiterer Folge werden ich einige Klärungen und Problematisierungen durchführen, die die Komplexität differenzieller Praxis und Praktiken verdeutlichen sollen. Schließlich wird ein Vorschlag präsentiert, der die Verwirklichung differenzieller Praktiken mit der beruflichen Verwirklichung des personenzentrierten Praktikers verknüpft: eine differenzielle Strategie zur erfolgreichen Ausübung des Therapeutenberufes. Diese Strategie betrachte ich als Voraussetzung und Fundamentum jedes weiteren differenziellen Vorgehens.

Entwicklungsbedingungen differenzieller Strategien und Konzepte

Für die Entwicklung einer differenziellen Sichtweise innerhalb der klientenzentrierten Orientierung und für die Dynamik der Diskussion dazu betrachte ich vor allem zwei Bedingungen als einflussreich: die Position und Aussagen von Carl Rogers zu dem vorliegenden Problem

und die erfolgreiche Verbreitung des personenzentrierten Konzepts in vielen Anwendungsfeldern und auf vielen Ebenen. Die nähere Betrachtung dieser Faktoren wird es plausibel machen, warum es notwendig und unvermeidlich geworden ist, sich mit dem Problem differenziellen Vorgehens auseinander zu setzen und warum diese Auseinandersetzung spannungsreich verlaufen musste und muss.

Rogers' Beitrag zum Problem differenzieller Vorgangsweisen

Die Notwendigkeit den Beitrag von Rogers zur Diskussion differenzieller Vorgangsweisen zu betrachten und seine Aussagen dazu systematisch zu sammeln, ergibt sich für mich aus folgender Beobachtung: Auf Aussagen von Rogers wird in der Diskussion um eine differenzielle Vorgangsweise Bezug genommen – in Form einer „Anlehnung“ an sie, in Form einer Erweiterung oder Differenzierung oder in Form einer Abgrenzung. Deshalb soll hier in aller Kürze ein systematischer Versuch unternommen werden, relevante Aussagen von Rogers zum Problem differenziellen Vorgehens in Bezug zu setzen. Folgende Themen und Argumentationsfiguren werden von Rogers aufgegriffen.

Eine Methode für alle Personen

Bereits 1951 betont Rogers, „dass die klient-bezogene Therapie sehr weitläufig anwendbar ist – dass sie in gewissem Sinne tatsächlich auf alle Personen angewandt werden kann“ (Rogers, 1951a/1995, S. 214). Zu den charakteristischen Merkmalen der Klientenzentrierten Psychotherapie gehört laut Rogers „die Hypothese, dass auf alle Personen, seien sie nun als ‚psychotisch‘, ‚neurotisch‘ oder ‚normal‘ eingestuft, die gleichen psychotherapeutischen Prinzipien anwendbar sind“ (Rogers, 1975e/1977, S. 19). Auch in seinem bekannten Artikel „The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change“ (Rogers, 1957a/1997) stellt er fest: „Zum Beispiel wird *nicht* behauptet, dass diese Bedingungen auf eine Art von Klienten passen, und dass andere Bedingungen notwendig sind, um eine psychotherapeutische Veränderung bei einer anderen Art von Klienten hervorzubringen [...] dass man mit Neurotikern in einer Weise, mit Psychotikern in einer anderen Weise arbeitet; dass bestimmte therapeutische Bedingungen für Zwangskranke, andere für Homosexuelle hergestellt werden müssen etc.“. Vielmehr betont er, „dass die wesentlichen Bedingungen der Psychotherapie in einer einzigen Konfiguration bestehen, obwohl der Klient oder Patient sie sehr unterschiedlich verwenden mag.“ (Rogers, 1957a/1997, S. 182)

Hinweise auf eine differenzielle Perspektive: eine Fußnote

In einer Fußnote zu der obigen Äußerung stellte Rogers allerdings fest, dass diese Auffassung durch eine Studie in Frage gestellt

wurde. In dieser Studie wurden Unterschiede zwischen Klienten in Beziehung zum Erfolg einer Therapie festgestellt. Einwände waren Rogers also bekannt. Diese Studie war für Rogers allerdings nicht ausreichend, er wollte weitere Untersuchungen abwarten. Rogers hatte auch Hinweise auf differenzielle Prozesse, wenn er „die geringere Wahrscheinlichkeit einer tieferen persönlichen Reorganisation bei älteren Individuen“ (Rogers, 1951a/1995, S. 213) feststellt oder schreibt, „dass intrapunitive männliche Erwachsene größeren Nutzen aus der Erfahrung der klient-bezogenen Therapie ziehen können“ (Rogers, 1951a/1995, S. 214).

Bereits 1942 weist Rogers im Zusammenhang mit der Therapie von Klienten, die sich unfreiwillig in Therapie befinden, auf eine differenzielle Strategie hin: „Wenn der Klient sich so vollkommen widerstrebend gibt [...] dann Bedarf es eines gewissen Prozentsatzes an neutraler Unterhaltung, um das Schweigen nicht zu lange und zu peinlich werden zu lassen.“ (Rogers, 1942/1985, S. 144)

Eine differenzielle Lernerfahrung

Wichtig in diesem Zusammenhang sind auch Lernerfahrungen von Rogers im Rahmen des Schizophrenie-Projekts (Wisconsin-Projekt). Er wies auf Probleme und Schwierigkeiten hin in der therapeutischen Arbeit mit Schizophrenen. Er sprach z. B. von „Stunden völliger Stille, welche einem schwer zu schaffen machen können“ (Rogers, 1962c/1977, S. 165). Eine wichtige Lektion dieser Erfahrungen bezog sich wieder auf „unmotivierte Klienten“. Rogers zog aus diesen Erfahrungen klare Konsequenzen: 1. ... dass die Arbeit mit Personen, die keine Hilfe wollen, sich von der psychotherapeutischen Arbeit deutlich unterscheidet“ und 2. dass dieser Unterschied „ein neues Begriffssystem“ und „entsprechende Konzepte, Theorien und Techniken“ verlangt (Rogers, 1962c/1977, S. 167f). Diese Schlussfolgerungen bedeuteten eigentlich das Eingeständnis, dass die bisher gefundenen Erkenntnisse nicht uneingeschränkt verallgemeinerbar sind, sondern dass unter bestimmten Voraussetzungen (eingeschränkte Motivation) alternative Theorien und Überlegungen für ihn vorstellbar sind.

Echtheit und Erweiterung des Handlungsrepertoires

Eine Grundlage für differenzielle Aktivitäten ist für Rogers die Echtheit und das „reale Zugewesenheit“ des Therapeuten und der Therapeutin. Die authentische Reaktion von Therapeuten und Therapeutinnen auf einen Klienten in einer spezifischen Situation kann je nach Persönlichkeit sehr verschieden sein und es können „die grundverschiedenen Therapeuten auf äußerst verschiedene Art und Weise gute Ergebnisse“ erzielen (Rogers, 1962c/1977, S. 170). Je nach Persönlichkeit des Therapeuten kann ein „ungeduldiges Vorgehen“ ebenso erfolgreich sein wie eine „sanfte, wärmere Zuwendung“. Rogers betont hier die individuelle Persönlichkeit des Therapeuten als Kontextvariable für Techniken, Ausdrucksformen und

Verhaltensweisen und formuliert mit einfachen Worten die klassische Fragestellung des Problems differenzieller Vorgangsweisen. Ein weiteres Lernergebnis für ihn betraf die Erweiterung des Repertoires von Verhaltensweisen: „Angesichts der Herausforderungen, mit solchen Schwierigkeiten bei der Arbeit mit dieser Gruppe von Schizophrenen fertig zu werden, haben wir neue förderliche Verhaltensweisen kennen gelernt.“ (Rogers, 1962c/1977, S. 171)

Unterscheidung von therapeutischen Einstellungen versus Verhalten/Technik

Rogers (1957a/1997, 1959a/1987) bezeichnete alle Arten zu reagieren als therapeutisch, wenn sich darin die drei therapeutischen Kern-Bedingungen manifestieren, unabhängig davon, in welchen konkreten Verhaltensweisen und „Techniken“ sich diese auch ausdrücken. Eine Schlussfolgerung, die häufig daraus gezogen wurde, war: Techniken und konkretes Verhalten sind sekundär gegenüber Einstellungen. Diese Unterscheidung zwischen Einstellungen und Verhalten/Techniken führte zur Auffassung, *eine größere Bandbreite von Verhaltensweisen* des Therapeuten können diese *Haltungen* kommunizieren. Gendlin (1962) sprach sogar von einer „unbegrenzten Reihe“ von Verhaltensweisen.

Konzeptferne Techniken können Kommunikationskanäle für therapeutische Bedingungen und personenzentrierte Qualitäten sein

Es gab eine weitere Folgerung dieser Unterscheidung von Einstellungen und Verhalten bzw. Techniken, die Rogers selbst formulierte: Das Kriterium für die therapeutische Qualität und Funktion einer Technik oder Verhaltensweise liegt darin, inwieweit sie als Kommunikationskanal für die Vermittlung und Implementierung der klientenzentrierten Haltungen (core conditions) dienen könne. Rogers (1957a/1997) hat aufgezeigt, dass auch „Techniken“ und methodisches Vorgehen anderer Therapieschulen danach bewertet werden können, ob sie diese therapeutische Qualität und therapeutische Funktion erfüllen.

Ein Klima für persönliches Wachsen – ohne Einschränkungen

Zu einem Zeitpunkt, zu dem Rogers bereits auf Erfahrungen mit vielfältigen Klientengruppen verweisen konnte, in der die klientenzentrierte Methode in jeder Gruppierung Ergebnisse über die gesamte Erfolgsskala brachte – „bemerkenswerte“ Erfolge, „teilweise“ und „vorübergehende“ Erfolge bis Misserfolge bzw. Erfolglosigkeit (Rogers, 1951a/1995, S. 213) – sieht er in dieser Varianz keinen Grund, die weitläufige Anwendbarkeit anzuzweifeln oder einzuschränken: Er geht davon aus, „dass der Versuch, der Anwendbarkeit einer solchen Therapie dogmatische Grenzen zu setzen, keinen Vorteil bringt“ (Rogers, 1951a/1995, S. 214). Die Art der angebotenen Beziehung, die selbst bei therapeutischer Erfolglosigkeit

keinen Schaden verursache, lässt ihn an der breiten Anwendbarkeit festhalten. Denn auch bei fehlendem unmittelbarem Nutzen bietet eine klientenzentrierte Vorgangsweise „ein gutes Klima für persönliches Wachsen“, „ein psychologisches Klima, das ein Individuum für ein tieferes Selbstverständnis, für eine Reorganisation des Selbst [...] nutzen kann“ (Rogers, 1951a/1995, S. 214; Hervorh. R.H.), ein derartiges Klima ist „nicht eine Möglichkeit, die für manche Gruppierungen von Nutzen ist, für andere jedoch nicht“ (Rogers, 1951, S. 230, Hervorh. und Übers. R.H.). Für Rogers bedeutet das Bereitstellen eines derartigen Klimas einen grundsätzlichen Standpunkt, der in jedem Fall Wert hat, selbst wenn die damit verbundenen Möglichkeiten nicht unmittelbar genutzt werden können. Denn dieses „Klima“ bietet eine Basis für weitere anwendungsspezifische Aktivitäten und Praktiken (z. B. medikamentöse Behandlung in der Medizin).

Wenn man die Aussagen von Rogers zusammenfassend interpretiert, dann scheint die Annahme nahe liegend, dass ihm das Problem differenzieller Vorgangsweise in der Praxis von Anfang an bekannt war. Eine systematische Reflexion und Untersuchung dieses Problems finden wir allerdings nicht bei ihm. Als Konsequenz der zunehmend breiten Rezeption des Klientenzentrierten Ansatzes betonte er eher das abstrahierbare Gemeinsame und weniger das Differenzierende. Die Aussagen von Rogers zum Problem differenzieller klientenzentrierter Psychotherapie sind mehrdeutig und lassen daher mehrere Interpretationsmöglichkeiten offen. Sowohl Befürworter als auch Gegner oder Skeptiker von differenziellen Ansätzen können sich zur Bestätigung ihrer Auffassung auf Rogers berufen. Auch jene, die für das Verständnis und die Behandlung schwerer Störungen das klientenzentrierte Konzept mit anderen Theorien und Techniken verbinden, finden Anhaltspunkte bei Rogers, z. B. seine Schlussfolgerung, bei unmotivierten Klienten müssten neue Theorien und Praktiken herangezogen werden. Da gerade schwere Störungen auch häufig mit einer Beeinträchtigung der Therapiemotivation verbunden sind, ist gerade dieses Arbeitsfeld Gegenstand zahlreicher „Innovationen“. In dieser Mehrdeutigkeit und fehlenden Klärung liegen möglicherweise wichtige Gründe für die spannungsreiche und kontroverse Diskussion dieses Themas. Denn viele, die differenzielle Konzepte entwickeln, berufen sich mit unterschiedlichen Lösungen, jedoch mit hoher Überzeugung und hoher Identifikation auf Rogers oder auf klientenzentrierte Prinzipien und beanspruchen, eine legitime Interpretation und Version einer „Neo-Rogerianischen Psychotherapie“ zu vertreten.

Die erfolgreiche Verbreitung des Personenzentrierten Ansatzes

Eine gravierende Veränderung der Rahmenbedingungen für die weitere inhaltliche Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes und der Klientenzentrierten Psychotherapie war die erfolgreiche

Verbreitung der Ideen und Konzepte von Rogers. Diese Verbreitung verlief international, interkulturell und interprofessionell. Im klinischen Bereich kam es zu Anwendungen bei verschiedenen Klientengruppen (Borderline-Störungen, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen etc.), neue Anwendungsfelder wurden erschlossen (Erziehung, Sozialarbeit, Wirtschaft etc.) und viele Berufsgruppen fanden Interesse am Personenzentrierten Ansatz (Mediziner, Psychologen, Sozialarbeiter, Pädagogen, Lehrer etc.). Historisch-epochale Entwicklungen in verschiedenen Berufsfeldern brachten dem Klientenzentrierten Ansatz neue Aufgabengebiete und Tätigkeitsbereiche wie etwa Supervision, Coaching, Mediation. Und nicht zuletzt wurden die Schriften von Rogers in etliche Sprachen übersetzt und damit auch unterschiedlichen Kulturen zugänglich gemacht.

Die gesetzlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle für die weitere Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapie. Watson und Bohart (2001) haben darauf hingewiesen, dass es bei humanistischen und erlebensorientierten Therapieformen zu Adaptionen in einem Umfeld verwalteter Gesundheitsfürsorge gekommen ist. Dies zeigte sich in dem Umstand, dass unter dem Druck von Marktkräften spezifische Behandlungsformen auf spezifische Störungen zugeschnitten und Formen von Kurztherapien entwickelt wurden (Watson & Bohart, 2001). Der Anpassungsdruck, der speziell von der Forschung im Zusammenhang mit der Propagierung von empirisch gestützten Behandlungsformen ausging, schien mehr politisch und ökonomisch motiviert als wissenschaftlich begründet. Die Forschung nach den Standards der „Empirical Supported Treatments“ (EST) in den USA wurde von Bohart (2002) als Antwort auf eine sozio-ökonomische Einengung interpretiert. Insgesamt sind all diese Faktoren auch Indizien für eine zunehmende Domestizierung der Klientenzentrierten Psychotherapie (vgl. Hutterer, 2004). Weitere Beispiele zeigen, dass das klientenzentrierte Konzept immer wieder einem politisch-ökonomischen Anpassungsprozess unterworfen war, der die Heterogenität in Theoriebildung und Praxis erweiterte: Im Bemühen um Anerkennung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland entstand der Eindruck, dass in vielen einschlägigen Publikationen das klientenzentrierte Konzept teilweise mit dem Bestreben sich anzupassen, „umgeschrieben“ wurde, und zwar unter starker Verwendung einer psychiatrisch-medizinischen Fachsprache. Auch das Interesse von Medizinern oder im medizinischen Bereich arbeitenden Professionellen – so wünschenswert es auch gesehen werden kann – hat nicht, wie es die oft idealisierend gepriesene Radikalität des Personenzentrierten Ansatzes hätte erwarten lassen, zu einer Revolutionierung der Medizin bzw. psychiatrischen oder medizinisch-therapeutischen Arbeit geführt. Eher umgekehrt; das häufig kritisierte „medical model“ (Diagnostik – Zielbildung – Technologien) hat deutliche Spuren im klientenzentrierten Konzept hinterlassen.

All diese Faktoren haben zu einer starken Heterogenisierung und Diversifikation des klientenzentrierten Konzepts geführt. Es

muss an dieser Stelle aber auch deutlich gemacht werden: *Die zunehmende Heterogenisierung der Klientenzentrierten Psychotherapie ist durch ihre Anziehungskraft für verschiedenste Berufsgruppen und Anwendungsfelder bzw. durch die Rezeption unter höchst unterschiedlichen Voraussetzungen auch Teil ihrer Erfolgsgeschichte.* Die Klientenzentrierte Psychotherapie ist unter sehr verschiedenen Rahmenbedingungen rezipiert, gelernt, interpretiert und angewandt worden. Es kann daher nicht verwundern, dass hier höchst unterschiedliche Voraussetzungen für die Bildung und Generierung von Erfahrungen zusammengekommen sind. Diese Erfahrungen wurden eine zentrale Grundlage für die weitere Entwicklung des Klientenzentrierten Ansatzes, für theoretische Einsichten und Konzeptbildungen sowie für methodische Strategien. Im Vergleich dazu möge man sich ins Bewusstsein rufen, wie homogen die Gruppe um Carl Rogers war, die auch mit einer relativ homogenen Gruppe von Klienten arbeitete (neurotische Erwachsene, College-Studenten). Carl Rogers hat die Klientenzentrierte Psychotherapie (damals „nicht-direktive Beratung“) in der Phase der Schulenburg auf der Basis von Erfahrungen mit einer spezifischen Klientel gemeinsam mit seinen Studenten und Mitarbeitern entwickelt (vgl. auch Barrett-Lennard, 1998). Das war eine überschaubare Gruppe von Pionieren mit einem relativ homogenen beruflichen Interesse (Psychologie und klinisch-therapeutische Praxis) im geistig-kulturellen Klima der USA der Vierziger- und Fünfzigerjahre. Als „Pioniere“ waren sie mit diesem Ansatz eng identifiziert. Zu keiner Zeit später war eine derartige Homogenität in der Erfahrungsbildung und Identifikation mit der Therapiemethode gegeben wie in der Pionierphase der Klientenzentrierten Psychotherapie. Man darf hier nicht unerwähnt lassen, dass es bereits in der Pionierphase der Klientenzentrierten Psychotherapie parallel eine „differenzielle Entwicklung“ gab: die Anwendung der nicht-direktiven Beratungsprinzipien in der Kindertherapie (Axline, 2003). Damit verbunden war einmal eine Differenzierung entwicklungspsychologischer Phasen (Kinder versus Erwachsene) sowie eine differenzielle Praxis hinsichtlich der Symbolisierung und des Ausdrucks psychischer Inhalte: die Mittel des kindlichen Spiels in der Kindertherapie im Unterschied zur Förderung des freien verbalen Ausdrucks in der Erwachsenentherapie.

Vielfalt, Varianten und Implikationen differenzieller Vorgangsweisen

Auf Grund der Heterogenisierung der Erfahrungsbildung ist die Entwicklung von differenziellen Konzepten unvermeidlich, und eine Auseinandersetzung mit differenziellen Konzepten und Vorgangsweisen in der Umsetzung klientenzentrierter Prinzipien ist notwendig geworden. Elaborierte Konzepte sind bei aller Nähe zu und Identifikation mit personenzentrierten Theorien auch durch spezifische Voraussetzungen und Rahmenbedingungen mitgestaltet,

unter denen sie entwickelt wurden (berufliche Sozialisation und theoretische Voreinstellung der Therapeuten, spezifische Ausdrucksformen und Störungsbilder von Klienten, Erfahrungsbereitschaft von Therapeuten, institutionelle Gegebenheiten, Werte und Anforderungen der Gesellschaft und der Berufswelt etc.). Die individuelle Auseinandersetzung mit all diesen Rahmenbedingungen und Vorgaben führte zu komplexen Erfahrungen, deren Symbolisierung und Ordnung in spezifischen differenziellen Therapiekonzepten einen Ausdruck fand. Ausgehend von dieser Perspektive, kann man differenzielle Konzepte als Ergebnis einer Erfahrungsbildung und Sozialisation in einem bestimmten kulturellen und beruflichen Setting charakterisieren, die unter Wahrung der individuellen Eigenart (Lerngeschichte) von Therapeutinnen und Therapeuten entwickelt wurden. Sie sind Varianten psychotherapeutischer Praktiken, die auf der Basis einer persönlichkeitspezifischen Interpretation von Person- bzw. Klientenzentrierung entstanden sind. Sie sind Ausdruck der beruflichen Selbstverwirklichung von Therapeuten. Dabei kommt es zu einem komplexen Ausgleichsprozess zwischen Individuum und Umwelt im Sinne von Goldstein (1934), d. h. zu einer individuellen Verarbeitung verschiedener Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Anforderungen der beruflichen und kulturellen Umwelt. Auch die klassische nicht-direktive Therapie lässt sich nach diesem Schema interpretieren, nämlich als eine spezifische (historische) Form der Selbstverwirklichung von Personzentrierung bzw. Klientenzentrierung unter spezifischen Anwendungs- bzw. Entstehungsbedingungen.

In der Diskussion und Präsentation differenzieller Vorgangsweisen wird immer wieder der Klient, seine Psychopathologie, seine Persönlichkeitsstruktur und sein Erleben als Unterscheidungskriterium und Impetus für die Konzeptbildung genannt: Differenzielle Konzepte würden sich auf diese Unterschiedlichkeit von Klienten jeweils einstellen. Die hier entwickelte Perspektive nuanciert dagegen, dass die verschiedenen Voraussetzungen der Therapeuten und die verschiedenen Rahmenbedingungen ihrer therapeutischen Tätigkeit, aus denen heraus sie sich mit der Verschiedenartigkeit von Klienten in Praxis und Forschung auseinandersetzen, sich mit mindestens genauso schwerem Gewicht in der Konzeptbildung niederschlugen wie die Verschiedenartigkeit, die die Klienten einbringen. Diese Interpretation wird durch die zunehmende Vielfalt von Varianten differenzieller Konzepte nahe gelegt, deren Charakteristik sich keineswegs allein auf die Unterschiedlichkeit von Klienten zurückführen lässt.

Ein Teil dieser praktischen Variationen haben sich zu kommunizierbaren „Varianten“ differenzieller Konzepte entwickelt. Sie wurden auch als „methodische Akzentsetzungen“ bzw. als „unterschiedliche Ausprägungsformen der Behandlungsmethodik“ beschrieben (Frohburg, 2005). Diese Varianten werden hier beispielhaft genannt, um einen Eindruck von der Vielfältigkeit zu geben. Sind im Kontext differenzieller Ansätze zu diskutieren: Basisverhalten und differenzielles Vorgehen durch Konfrontation (Tscheulin, 1992);

Zielorientierte und Klärungsorientierte Gesprächspsychotherapie (Sachse, 1996, 1999); personenzentrierte Gespräche plus alternative therapeutische Angebote (Höder, 1992); Prozessorientierte Klientenzentrierte Psychotherapie (Swildens, 1991, 2002a); Prozess-Erlebens-Psychotherapie bzw. „process-experiential therapy“ (Elliott & Greenberg, 2002; Greenberg, Rice & Elliott, 2003); „störungsspezifische Perspektive“ in der Personzentrierten Psychotherapie (Finke und Teusch, 2002); „differenzielles Inkongruenzmodell“ (Speierer, 2002); „störungsspezifisches Verstehen“ (Binder & Binder, 1991; Binder 1993); Prätherapie (Prouty, 2002; Prouty, Van-Werde & Pörtner, 1998) und Focusing-Therapie (Gendlin, 1998; Wiltschko, 2002).

Die Vielfalt dieser Ansätze, die auf dieselben Störungen bzw. auf dieselbe Bandbreite von psychischen Beeinträchtigungen angewandt werden können, lässt nicht den Schluss zu, dass deren Entwicklung ausschließlich durch die Unterschiedlichkeit und Charakteristik von Klienten erfolgt ist. Bei einer ausschließlichen Orientierung an Störungsbildern oder Klientenmerkmalen hätte man sehr ähnliche Behandlungsformen und Praktiken für spezifische Störungen erwarten können. Die vorliegenden differenziellen Konzepte zeigen jedoch je nach Autor oder Entstehungszusammenhang selektiv unterschiedliche Perspektiven wie etwa eine existenzialistische Orientierung (Swildens), die Integration gestalttherapeutischer Techniken (Greenberg) oder kognitiv-behaviorale Einflüsse (Sachse), aus denen je unterschiedliche Praktiken für die Behandlung derselben Störung (z. B. Depression) erwachsen. Differenzielle Konzepte können als „Vehikel“ beschrieben werden, die es Therapeuten erlauben, unter Wahrung ihrer Eigenart und im Arrangement mit ihrer (professionellen) Umwelt klientenzentrierte Prinzipien zu verwirklichen. In diesem Prozess entstehen unterschiedliche Lösungen für dieselbe Aufgabe.

Implikationen differenzieller Varianten

Bei genauerer Betrachtung dieser „Lösungen“ für eine differenzielle Vorgangsweise lassen sich typische Argumentationsfiguren erschließen, die bei der Entwicklung von differenziellen Konzepten eine formgebende Rolle spielen:

Therapeutische Grenzerfahrungen: Schwierige Situationen, schwierige Fälle und schwere Störungen

Der Ausgangspunkt vieler Überlegungen und des Wunsches nach differenziellen Lösungen und methodischen Alternativen ist die Erfahrung einer Grenze in der therapeutischen Arbeit. Auf diese Grenzen wird über verschiedene Argumentationsfiguren Bezug genommen. Sie stehen oft im Zusammenhang mit schwierigen Therapiesituationen, mit so genannten „schweren Fällen“ und mit Therapien bei schweren Störungen. Es sind also jene Situationen,

die dem Klientenzentrierten Therapeuten Schwierigkeiten bereiten und Verunsicherung, Ratlosigkeit bzw. Einengungen hervorrufen. Aus praktischer Sicht muss hier angemerkt werden: Schwierige Gesprächssituationen sind für Therapeuten und Therapeutinnen gerade jene kritischen Ereignisse, in denen die Stabilität, Verlässlichkeit und Wahrhaftigkeit ihrer therapeutischen Einstellungen gegenüber einem konkreten Klienten herausgefordert werden. Therapeuten erleben sich in diesen Fällen in einer Situation, in der ihre akzeptierend-verstehende Haltung auf dem Spiel steht. Es können sich Zweifel, Unbeholfenheit, Ungeduld und Unruhe einstellen. Die Erfolgsaussicht wird in Frage gestellt. Differenzielle Konzepte bieten Praktikern möglicherweise einen Weg, mit der sie wieder ein Gefühl dafür entwickeln können, wie sie die Situation bewältigen können.

Leistungsanforderungen: Wirkungsbedürfnisse und Effektivitätsansprüche

Die Diskussion zum differenziellen Vorgehen in der Klientenzentrierten Psychotherapie folgt häufig Argumentationsfiguren, die Leistungsanforderungen an die Therapiemethode thematisieren. Das Thema hat verschiedene Variationen: Es reicht von der Befriedigung von individuellen Wirkungsbedürfnissen, vom Erzielen von Wirkungen von Moment zu Moment, Erreichen von „Fortschritten“ und vom Erlangen von Mikro-Zielen im therapeutischen Prozess bis zu der Forderung nach hoher Effektivität in breiten klinischen Anwendungsfeldern. Das implizite Thema von elaborierten differenziellen Konzepten scheint höhere Effektivität für viele Klienten zu sein. Es geht um die Überwindung von Wirksamkeitsgrenzen. Die Vorstellung von Wirksamkeit beschränkt sich meist auf deutliche Erlebens- und Verhaltensänderungen und auf eine Symptomreduktion bei kürzerer Therapiedauer.

Technologische Variabilität: Erweiterung des therapeutischen Repertoires

Differenziellen Konzepte enthalten eine weitere auffällige Thematik: Als Folge der Effektivitätsansprüche in Verbindung mit praktischen Schwierigkeiten in der Umsetzung einer personenzentrierten Beziehung werden die Grenzen der technischen Variabilität sichtbar. Daher wird häufig eine Erweiterung des therapeutischen Handlungsrepertoires zum Thema gemacht. Eine Erweiterung des therapeutischen Repertoires, das über das klientenzentrierte Standardverhalten des emphatischen Verstehens hinausgeht, wird als Forderung und als Notwendigkeit in verschiedenen Varianten formuliert: 1. als bewusstes Überschreiten und Verlassen der „core conditions“; 2. als Ergänzung nach dem Motto, die „core conditions“ seien zwar notwendig, aber nicht hinreichend; 3. als erweiterte, aber authentische Ausdrucksform der „core conditions“.

Diese Faktoren spielen bei der Realisierung temporärer und idiosynkratischer Formen differenzieller Praktiken ebenso eine Rolle wie bei elaborierten differenziellen Konzepten. Sie wirken als „Schnittstellen“, über die eine unterschiedliche Verarbeitung der Erfahrungen und Rahmenbedingungen bei der Entwicklung differenzieller Praktiken oder Konzepte erfolgt. Dieser Entwicklungs- und Entstehungsprozess nimmt seinen Ausgang bei erlebten Schwierigkeiten in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung oder im Verlauf des therapeutischen Prozesses, die sehr unterschiedlich sein können. Diese Schwierigkeiten stehen im Konflikt mit oder Gegensatz zu Erfolgsansprüchen und Erfolgserwartungen (die ebenfalls sehr unterschiedlich sein können). Die Lösung dieser Spannung wird durch Erweiterung und Variation des therapeutischen Repertoires versucht. Die Praktiken, die dabei entstehen können, stellen – unabhängig von ihrer Wirkung und Angemessenheit – häufig idiosynkratische Handlungsformen dar, die kaum mit einer Idee von Verallgemeinerbarkeit verbunden werden. Andererseits finden wir hier auch Praktiken und Techniken, die nach einer Phase der Bewährung expliziert werden und als elaborierte Konzepte darstellbar sind.

Grenzen und Möglichkeiten differenzieller Konzepte: Interpretationen, Klärungen und Problematisierungen

Im Trend einer zunehmenden Professionalisierung der Psychotherapie sollen differenzielle Konzepte eine Vorbereitung des Berufspraktikers für die Anforderungen einer komplexen Praxis leisten. Ein wichtiges Anliegen einer differenziellen Fragestellung liegt in der Auslotung der Möglichkeiten und Grenzen der Klientenzentrierten Psychotherapie. Dabei entsteht der Eindruck, dass eine expansive Intention dieses Projekt dominiert, die speziell an den im letzten Abschnitt identifizierten „Schnittstellen“ zum Ausdruck kommen: Es geht um Überwindung praktischer Schwierigkeiten und die Bewältigung schwieriger praktischer Herausforderungen, um die Erfüllung von hohen Effektivitätsansprüchen und Leistungsansprüchen und um Erweiterung der technologischen Variabilitäten. Dieses expansive Motiv ist im Kontext konkurrierender Methoden, im Kampf um Marktanteile und um eine günstige gesundheitspolitische Positionierung verständlich. Grundsätzlich wäre aber auch eine andere „Entwicklungspolitik“ vorstellbar, z. B. eine selektive Konzentration auf Stärken der Klientenzentrierten Psychotherapie. Mit dieser expansiven Intention ist häufig eine Beschränkung der Problemstellung auf die Adaptivität des Therapeuten verbunden. Selektive Strategien bzw. die Rolle des Klienten bei der „differenziellen Abstimmung“ in der Therapeut-Klient-Beziehung werden selten bis gar nicht thematisiert. Einige Probleme und Grenzen einer expansiven Entwicklung sollen hier aufgezeigt und diskutiert werden.

Reduktionismen und Dichotomisierungen: Die Grenzen der Urteils kraft

Die Diskussion zur Entwicklung von differenziellen Konzepten und störungsspezifischen Ansätzen ist teilweise schwierig zu führen und sehr anfällig für Missverständnisse. Sie operiert mit Dichotomien und Reduktionismen. Maslow (1977) hat diese Art der Diskussion unter dem Aspekt von „kognitiven Pathologien“ thematisiert. Sie könnten derzeit die Grenzen der Urteils kraft innerhalb der klientenzentrierten Bewegung darstellen. Zwei extreme Bilder der Klientenzentrierten Psychotherapie stehen einander gegenüber: auf der einen Seite die regelgeleitete Methode, die rational begründbar, empirisch erforschbar und technologisch anwendbar ist, auf der anderen Seite die kunstvolle Begegnung von Person zu Person, deren Verwirklichung allein auf den sensiblen und kreativen Praktiker angewiesen ist. „Being“ versus „Doing“, Problemzentrierung versus Personzentrierung, Erlebnisvertiefung versus Beziehungsvertiefung, Basisverhalten versus differenzielle Techniken sind einige Beispiele für Dichotomien, die dabei transportiert werden. Insgesamt ist die Auseinandersetzung mit differenziellen Konzepten durch mehrere Momente belastet.

- (1) Dichotomisierungen und Reduktionismen können über vermeintlich „sachliche“ Kontroversen auch zu massiven emotionalen Polarisierungen führen.
- (2) Die Lösungen, die zur Erweiterung des therapeutischen Repertoires bzw. zur Erweiterung des theoretischen Bezugsrahmens vorgeschlagen werden, bedeuten oft auch Abweichungen von den Standardmodellen und von Standardauffassungen der Klientenzentrierten Therapie (z. B. wenn direktive Formen der Interventionen vorgeschlagen werden).
- (3) Zentrale Konzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie werden salopp in Frage gestellt (z. B. die Aktualisierungstendenz). Bei vielen dieser Lösung und Argumente, die mit Überzeugungskraft vorgetragen werden, ist eine tiefere theoretische Begründung und Verankerung nicht nachvollziehbar. Ihre Vereinbarkeit mit dem klientenzentrierten Konzept beruht auf persönlichen Vorlieben und Rahmenbedingungen, die nicht vollständig reflektiert werden. Sie sind Adaptionen, die unter spezifischen Anwendungs- und Entstehungsbedingungen geformt und erprobt wurden. Diese Interpretation ist im ersten Teil dieses Artikels ausgeführt worden und stellt keinen grundsätzlichen Mangel von oder Kritik an differenziellen Konzepten dar, sondern ist eine bescheidenere Interpretation ihrer Originalität.
- (4) Differenzielle Konzepte wurden von Anfang mit kritischem Argwohn betrachtet. In der kritischen Diskussion wurde die Art, mit der neue Konzepte über bestehende Theorien hinausgehen, als methodologische Sorglosigkeit und Gedankenlosigkeit bezeichnet (Shlien; zit. nach Patterson, 2000) oder auf den reduktionistischen Charakter mancher Ansätze hingewiesen, wenn diese

die Kapazität des Klienten zur Selbstbestimmung unterschätzen (Raskin, 1986). Auch Prouty (2001) konstatiert einen phänomenologischen Reduktionismus, wenn das Erleben der Person und nicht ihr Selbst in den Mittelpunkt der therapeutischen Aufmerksamkeit gerückt wird.

- (5) Eine weitere Belastung der Diskussion liegt in dem Umstand, dass differenzielle Konzepte häufig Anleihen bei Techniken anderer Therapieformen nehmen. Hier kann leicht eine Reduktion von Therapeutenhaltungen auf Techniken unterstellt werden bzw. der Vorwurf eines technischen (oder willkürlichen) Eklektizismus gemacht werden. Howe (1980) hat etwa festgestellt, dass Klientenzentrierte Therapeuten bis zu 47 Prozent ihrer Interventionen durch Behandlungselemente anderer Therapieformen gestalten, was als Anfälligkeit Klientenzentrierter Psychotherapeuten für Eklektizismen interpretiert werden kann (Hutterer, 1993).
- (6) Mit dem Hinweis von Rogers (1957a/1997), dass Techniken „Kanäle“ für therapeutische Einstellungen sein können, wird ein technologischer Reduktionismus gerechtfertigt. Dabei wird übersehen, dass die Beziehung zwischen Haltungen und konkreten Verhaltensweisen bzw. Techniken nicht durch lineare Ableitungsregeln abgebildet werden kann. Hill (2001a) konnte in mehreren Forschungsarbeiten belegen, dass der therapeutische Wert von Techniken und Verhaltensweisen nicht isoliert beurteilt werden kann, denn „der Therapeut kann einem Klienten gleich gut durch offene Fragen, Paraphrasieren, Interpretation und Konfrontation helfen, Verhalten und Gefühle zu explorieren“ (Hill, 2001b, S. 82). Worauf es ankommt, sind Kontext, „Timing“ und die Intention von Techniken und konkreten Verhaltensweisen. Die gegenwärtige Diskussion zu differenziellen Vorgangsweisen berücksichtigt diese Mehrschichtigkeit der therapeutischen Beziehung und Komplexität therapeutischer Handlungen kaum in angemessener Weise (vgl. auch Auckenthaler, 1994).
- (7) Eine Belastung geht auch von Reglementierungen der Psychotherapie im Prozess ihrer Domestizierung aus (Hutterer, 2004). Denn Reduktionismen auf anwendbare Techniken und etikettierbare technologische Strategien werden durch bürokratische Tendenzen der Gesundheitsverwaltung ebenfalls gefördert. Denn sie lassen sich leichter in einen Leistungskatalog für eine Krankenkassenfinanzierung übersetzen.

Die unterschätzte Komplexität der Praxis: Unsicherheit, Wertkonflikte und Einzigartigkeit

Die Entwicklung differenzieller Konzepte folgt einer Heuristik, nach der erfahrene Praktiker eine „Ausformulierung des Wissens und der Erfahrungen“ ihres therapeutischen Vorgehens vornehmen und „implizit leitende Konzepte“ identifizieren, was schließlich in der expliziten „Beschreibung einer Therapietechnik“ kulminiert. Die

so gefundenen Konzepte würden die „Planbarkeit“, „Lehrbarkeit“, „präzise Identifizierbarkeit“ und Verwissenschaftlichung des therapeutischen Vorgehens erlauben (vgl. Finke & Teusch, 2002, S. 153f). Auch wenn vor einer rigiden und schematischen Umsetzung derartiger Konzepte in die Praxis gewarnt wird und auch der Intuition eine Bedeutung eingeräumt wird, thematisiert diese Auffassung kaum die explorativen Seiten professionellen Handelns. Selbst gut gemeinte Beiträge von gemäßigten „Technokraten“ folgen oft noch einer empirisch-rationalistischen Rhetorik, mit der eine Theorie-Praxis-Vorstellung suggeriert wird, die in folgenden Punkten fragwürdig ist:

- (1) Die Überzeugung, dass wesentliche *handlungsregulierende Prinzipien vollständig explizierbar* und als kognitive Orientierung für die Praxis verwendbar sind.
- (2) Die Vorstellung, dass Praxis durch die *Anwendung eines bereits vorhandenen Wissens* entsteht.

In diesem Bild werden die Konzepte über empirische Forschung verfeinert und gefestigt. Wissenschaftliche Forschung wird dabei als letzte und alles entscheidende Realitätsprüfung verstanden. Diese Auffassung erfreut sich auf akademischem Boden großer Beliebtheit. Sie ist zwar für die Forschung erfolgreich, für Zwecke der Anwendung allerdings sehr unpraktisch (vgl. auch Hutterer, 1996), was bereits Gegenstand einer elaborierten grundlegenden Kritik wurde (Bohart, 2002). Denn die damit verbundenen Technologie-Vorstellungen bei der Theorieanwendung beinhalten eine dramatische Unterschätzung der Komplexität therapeutischer Praxis. Sie suggerieren eine Berechenbarkeit, Präzision und Planbarkeit bei der Gestaltung der Praxis, die der offenen Situation in der Praxis kaum gerecht wird. Sie beruht auf der Voraussetzung, dass differenzielle Konzepte bereits alles beinhalten, was zu einer kompetenten Praxis und fachmännischen Ausführung erforderlich ist, und bereits alle „Zutaten“ für eine rationale Handlungsstrategie vorhanden sind. Therapeutisches Handeln in der Praxis könne sich daher vollkommen oder zumindest überwiegend auf bewusste Überlegung stützen. „Zuerst denken, dann handeln!“ ist das Prinzip der damit verbundenen Rationalität. Das Problem mit dieser Auffassung ist nicht, dass sie komplett falsch wäre, sondern dass sie „auf einem Auge blind“ ist. Es trifft einen Teil der praktischen Realität. Aber es ist irreführend, indem es die Illusion von Vollständigkeit, Rationalität und Handlungssicherheit weckt. Es ist interessant, dass die „Entstehungsgeschichte“ differenzieller Konzepte in der Regel einer gegensätzlichen „Rationalität“ folgte: „Zuerst handeln, dann denken!“ Denn erst die nachträgliche Reflexion auf umfangreiche Handlungserfahrungen konnte die „Vernünftigkeit“ und Angemessenheit eines differenziellen Konzepts offenbaren. In dieser alternativen Auffassung ist Handeln ein Mittel zur Erforschung der nicht-determinierbaren Zonen der Handlungssituation. Handeln produziert Informationen und Einschätzungen, die für die Klärung und Gestaltung weiterer Handlungsabläufe verwendet werden. Die Komplexität

der Situationsabläufe ist charakterisiert durch stillschweigende, implizite Orientierungen, Differenzierungen und Probehandlungen (Polanyi, 1962, 1966, 1985). Es werden neue Strategien während des Handelns gebildet, indem Handeln, Probehandeln und Selbstreflexion parallel ablaufen („Multitasking“). Es erfolgt ein „fliegender Wechsel“ zwischen kurzzeitigen bewussten Überlegungen und Richtungsentscheidungen einerseits und stillschweigenden Evaluationen und intuitiven Qualitätskontrollen andererseits. Reflexionen während des Handelns laufen in Form eines kurzzeitigen „Aufflackerns“ ab. Explizite Orientierungsversuche müssen schnell wieder implizit werden, damit sie überhaupt handlungsrelevant werden können. Die Gestaltung der Praxis erfolgt über Prozesse der Selbstregulation von eigenen Einstellungen, die immer wieder den Charakter von Improvisation aufweisen (Hutterer, 1996). Die vielfältigen Vorgänge zum Management komplexer Handlungssituationen wurden zusammenfassend als „reflexive Konversation mit der Situation“ bezeichnet (Schön, 1983, 1987). Die nicht-determinierbaren Zonen der Praxis, zu denen Unsicherheit, Einzigartigkeit und Wertkonflikte gehören, entziehen sich einer technischen Rationalität

Grenzen der Adaptivität

Differenzielle Konzepte orientieren sich an Unterschieden zwischen Klienten: Es geht darum, „inter- und intraindividuelle Unterschiede der Klienten (z. B. Problemlage und Persönlichkeit des Klienten, Verlauf und Stadien während der Behandlung, außertherapeutische Veränderungen) in regelhafter Weise zu berücksichtigen“ (Bastine, 1983, S. 66). Kiesler (1966) hat mit seiner Kritik am Uniformitätsmythos die Aufmerksamkeit auch auf Unterschiede zwischen Therapeuten gelenkt: Welche Behandlung Klienten erhalten, ist davon abhängig, an welche Therapeuten sie „geraten“. Diese Aussage ist keine Überraschung, wenn wir an Therapeuten unterschiedlicher therapeutischer Orientierungen denken, erfordert jedoch einige Klärungen, wenn wir sie auf die Unterschiede innerhalb der klientenzentrierten Praktiker beziehen: Welche unterschiedlichen Arten von „Behandlung“ können Klienten von Therapeuten, die sich am klientenzentrierten Konzept orientieren, erwarten? In welchem unterschiedlichen Ausmaß kann das klientenzentrierte Konzept in einer Beziehung mit konkreten Klienten adaptiert werden? Wie „dehnbar“ ist es und wo liegen die Grenzen dieser „Plastizität“? Als weitere Überlegung sind zwei Formen der Adaption zu unterscheiden: eine *ziel- und ergebnisorientiert* Adaption und eine *beziehungsorientierte* Adaption. Beide Formen der therapeutischen Vorgangsweise gehen von unterschiedlichen Aufgabenstellungen und damit verbundenen Herausforderungen aus.

(1) Adaptive Strategien, die ziel- und ergebnisorientiert vorgehen, streben nach Optimierung des therapeutischen Handelns mit Blick auf abgrenzbare Therapieziele. Der Therapeut setzt als Experte sein Bedingungs- und Änderungswissen ein, um

bestimmte therapeutische Prozesse zu gestalten und bestimmte Ergebnisse zu erzielen. Je nachdem welche Therapieziele und Prozess Erfahrungen angestrebt werden, welches Änderungswissen auf Grund gegebener Rahmenbedingungen aktiviert wird, kann die Charakteristik der therapeutischen Vorgangsweise – die realisierten Techniken und Praktiken und der Interaktionsfluss – sehr unterschiedlich ausfallen. Das therapeutische Handeln folgt dabei einem rationalen Entscheidungsmodell. Das Bedingungs- und Änderungswissen wird durch Forschung zur Verfügung gestellt bzw. geprüft und ausgezeichnet. Biermann-Ratjen et al. (2003, S. 167) haben argumentiert, dass dieses adaptive Modell „mit wesentlichen Prinzipien des Klientenzentrierten Konzepts nicht kompatibel“ ist. Adaptive Strategien, die ziel- und ergebnisorientiert vorgehen, können auch genuin klientenzentrierte Praktiken dominant einsetzen. Dieser Umstand ändert aber nichts daran, dass diese Strategien ziel- und ergebnisorientiert bleiben.

(2) Beziehungsorientierte adaptive Strategien basieren auf einer grundlegend anderen Aufgabenstellung: Es geht nicht vordergründig um das Erzielen eines bestimmten Therapieergebnisses beim Klienten, sondern um die Realisierung einer bestimmten Qualität von Beziehung mit dem Klienten: Die Herstellung eines Kontaktes in einer fortwährenden und tragenden Interaktion, die wertschätzende Einfühlung in die Erlebniswelt von Klienten, eine glaubwürdige Präsenz sind jene Komponenten, die die therapeutischen Aktivitäten bestimmen. Die Berücksichtigung der Wahrnehmung der therapeutischen Präsenz mit den Augen von Klienten erweitert die Aufgabenstellung des Therapeuten um eine selbstreflexive Komponente. Je nachdem, mit welchen Inhalten, Ausdrucks- und Erlebnisformen von Klienten Therapeuten konfrontiert sind, können ihre Kontakt- und Einfühlungsbemühungen sehr unterschiedlich ausfallen. Die Unterschiedlichkeit entsteht durch die Einzigartigkeit der Beziehungen. Denn die adaptive Verwirklichung personenzentrierter Handlungsprinzipien kennt nur ein zentrales Kriterium: das empathische Bemühen um eine optimale Individualisierung in der therapeutischen Vorgangsweise. Dadurch können sich idiosynkratisch Interaktionsmuster in der Therapeut-Klient-Beziehung entfalten (Keys, 2003). Eine besondere Herausforderung stellt die Überwindung von einengenden Interaktionsmustern in der Therapeut-Klient-Beziehung dar. Die sensible Auseinandersetzung mit Klienten zur Wiedererlangung des vollen therapeutischen Potenzials und der Handlungsfreiheit des Therapeuten ist eine wichtige „differenzielle Aufgabe“. Eine zentrale differenzielle Komponente ist in der Klientenzentrierten Psychotherapie die Inhaltsebene: Da sich der Klientenzentrierten Therapeut jeweils individuell auf die verbale Exploration der unterschiedlichen Belastungen und Probleme von Klienten einstellt, ist der Inhalt ebenfalls eine Ebene eines differenziellen Zugangs. Dies ist so selbstverständlich, dass

es oft übersehen wird: Die Klientenzentrierte Psychotherapie beinhaltet bereits in ihrer Standardmethodik eine differenzielle Vorgangsweise. Insgesamt geht es um eine Vertiefung und qualitative Anreicherung der therapeutischen Beziehung. Die Handlungsorientierung im Zuge einer beziehungsorientierten Adaption folgt nicht einem rationalen Entscheidungsmodell mit expliziten Regeln. Rationale Aspekte des therapeutischen Handelns treten in den Hintergrund und sind stark überlagert von implizitem Wissen und einer subsidiären Handlungsorientierung (Polanyi, 1962). Implizites Wissen bleibt im Handlungsvollzug ein „sprachloses Wissen“ (Sextl, 1998), ermöglicht jedoch eine wirksame Handlungsorientierung in der Praxis. Es ist durch explizites Regelwissen nicht ersetzbar, auch wenn dieses noch so perfekt abgestimmt und durch Forschung fundiert ist.

Da beide adaptiven Strategien von unterschiedlichen Aufgabenstellungen ausgehen, erfordert auch die Frage der Grenzen einen unterschiedlichen Zugang. Die Grenzen der ergebnisorientierten Adaptivität liegen in der Grenze des vorhandenen Bedingungs- und Änderungswissens, das für die Erreichung von Therapiezielen aktiviert werden kann (unter der Voraussetzung der Praktiker ist kompetent und schöpft es auch vollständig aus). Das durch empirische Forschung ausgezeichnete Bedingungs- und Änderungswissen, das dem Praktiker zur Verfügung steht, ist allerdings nicht beliebig und unbegrenzt erweiterbar. Biermann-Ratjen et al. (2003) haben auf den utopischen Charakter einer Forschung hingewiesen, die auf ein zunehmend differenzierteres Variablengeflecht und daraus resultierenden praktischen Entscheidungsregeln setzt (vgl. auch Stumm & Keil, 2002). Die Grenze einer beziehungsorientierten Adaptivität liegt in der Grenze des impliziten Wissens des Praktikers über die erfolgreiche Verwirklichung von personenzentrierten Beziehungsqualitäten. Dieses implizite Wissen ist im Grunde eine Funktion der Erfahrung (auch hier unter der Voraussetzung, diese Erfahrung wird vollständig ausgeschöpft). Dieses Erfahrungswissen (Maslow, 1977) ist personengebunden und wie jede (professionelle) Biographie ebenfalls begrenzt: Die Endlichkeit des Lebens und die Gerichtetheit jeder individuellen Biographie erlaubt es keinem individuellen Therapeuten qualitativ und quantitativ unbeschränkt Erfahrungen zu machen. Von der Begrenztheit des Erfahrungswissens muss man ausgehen, auch wenn man seine Transferierbarkeit auf neue Anwendungssituationen in Rechnung stellt. Es erweitert lediglich den Anwendungsspielraum.

Die Plausibilität eines ziel- und ergebnisorientierten Modells beruht auf einem Denken im deduktiv-nomologischen Wissenschaftsmodell, das Kausalität und Verallgemeinerbarkeit von empirischen Regelmäßigkeiten ableitet. Wenn das Scheitern der klientenzentrierten Standardmethodik bei bestimmten Klientengruppen (z. B. bestimmten Störungen) immer wieder vorkommt oder spezifische Schwierigkeiten zur Regel werden und „systematisch“ erscheinen,

dann ist es plausibel, das gesamte Konzept zumindest für diese Klasse von Anwendungsfällen in Frage zu stellen (vgl. Bastine, 1970). Als Praktiker wissen wir aber, dass auch beim Einzelfall einer misslungenen Therapie ein Kausalgefüge und Wirkfaktoren am Werk sind, die sich allerdings in einer Weise entfalten, dass sich die von der Theorie erwartete Regelmäßigkeit (z. B. die Erfahrung bestimmter Beziehungs- und Prozessqualitäten beim Klienten, die Erfahrung bestimmter Veränderungen des Erlebens etc.) nicht einstellt. Das Verständnis des Einzelfalles verlangt daher ein tieferes Verständnis der Realität und der sie konstituierenden Strukturen und Prozesse, als es eine Interpretation von Kausalität und Gesetzmäßigkeit, die auf empirische Regelmäßigkeiten beruht, bieten kann (Bhaskar, 1978).

Adaptive Strategien als Mängelkompensation

Ein wichtiger Ausgangspunkt für differenzielle Ansätze waren Beziehungs- und Einstellungsschwierigkeiten von Therapeutinnen und Therapeuten. Von diesem Blickwinkel kann man unterschiedliche Einschränkungen des therapeutischen Potenzials auf Grund von Grenzen oder Präferenzen einer Therapeutenpersönlichkeiten oder bestimmter Therapeut-Klient-Konstellationen annehmen. In dieser Problemsituation kann leicht ein Motiv zur Bewältigung dieser Schwierigkeiten aktiviert werden, das auf Kompensation der erlebten Schwierigkeiten abzielt: Der Therapeut versucht, die Grenzen und Einschränkungen seiner Vorgangsweise (Mangel an therapeutischem Potenzial) auszugleichen, die er im Zusammenhang mit den Eigenheiten eines Klienten (Störung, bestimmte Merkmale) erfährt. Diese Kompensationsstrategien können vielfältig sein: mehr oder weniger reflektiertes „Experimentieren“ mit anderen Verhaltensweisen, Regression auf vorprofessionelles Handeln (Fragen, Ratschläge etc.), Integration anderer Techniken (sofern vorhanden) und Methodenkombination „nach Augenschein“ (Bastine, 1976, S. 162), zusätzliche Angebote (sofern vorhanden; z. B. im Sinne von Höder, 1992b). Adaptive Strategien können dazu legitimieren, neue Interventionstechniken, Methoden- und Strategiekombinationen anzuwenden (Biermann-Ratjen, 2003). Die Kompensationsstrategien sind auch wieder von Präferenzen, Weiterbildungserfahrungen und individuellen Grenzen abhängig. Implizit enthält ja die Situation des Praktikers, der Grenzen seiner therapeutischen Kompetenz erfährt, und zu einer alternativen Strategie greift, ebenfalls eine Kompetenzerfordernis. Der Therapeut, der bei der Realisierung der „core conditions“ Probleme, Einschränkungen und Mängel mit einem konkreten Klienten erfährt, müsste dann zumindest die alternativen therapeutischen Angebote, Praktiken oder Maßnahmen kompetent umsetzen können. Es wird dabei selbstverständlich angenommen, dass Kompetenzeinschränkungen bei der Verwirklichung der Kompensationsmaßnahmen nicht auftreten werden, die bei der Realisierung der Standardmethode sehr wohl vorhanden sind.

Kurz ausgedrückt, was vermutlich der Erfahrung jedes Praktikers entspricht: In manchen Therapien gelingt es Therapeuten besser, die therapeutischen Bedingungen zu realisieren, bei anderen weniger gut: Differenzielle Konzepte erlauben es, Mängel bei der Realisierung therapeutischer Haltungen durch differenziellen Strategien und alternativen Techniken auszugleichen. Diese Einschränkungen können temporär, persönlichkeitsbedingt oder auch erfahrungsbedingt sein. Wir kennen alle Situationen, in den wir uns mit Klienten schwer tun, während ein Kollege damit überhaupt keine Schwierigkeiten hat. Wir kennen auch Zeiten unterschiedlicher Leistungsfähigkeit oder therapeutischer Offenheit, die sich in der Arbeit mit Klienten auswirkt. Solche Mängel können aber auch konstant sein: In diesem Fall spielen oft schwere Ausbildungsdefizite oder auch Missverständnisse des Therapiekonzepts eine Rolle. Von dieser Perspektive gesehen ist es auch legitim, die Frage zu stellen, ob ein differenzielles Konzept auf der Grundlage von Missverständnissen und Missdeutungen des klientenzentrierten Konzepts entwickelt wurde. Der in diesem Fall sinnvolle Vorschlag, explizit „differenzielle Konzepte“ zur Kompensation bestimmter Mängel oder einseitiger Berufssozialisation zu entwickeln, entbehrt nicht einer gewissen Ironie (nach dem Motto: „Klientenzentrierte Psychotherapie for Dummies“ – differenzielle Strategien für Psychologen/Mediziner/Pädagogen, die das klientenzentrierte Konzept nie richtig verstanden haben!)

Ein weiterer Typus von Einschränkungen des therapeutischen Potenzials liegt an strukturellen Grenzen: Unter den konkreten Bedingungen einer Gesellschaft und Kultur mag es schwierig sein, seine individuelle professionelle Situation als Klientenzentrierte Psychotherapeutin und Klientenzentrierter Psychotherapeut so zu gestalten, dass eine personenzentrierte Beziehung auf hohem Niveau bei einer Vielzahl von Klienten erreicht werden kann. Höder (1992a, S. 69) betont etwa: „Die meisten Therapeuten können die drei Eigenschaften über längere Zeit nur bei einem Teil ihrer Klienten aufrechterhalten. [...] Sie ist für viele Psychologen zu schwierig.“ Diese strukturelle Schwierigkeit kann nur teilweise dem individuellen Praktiker angelastet werden, sondern muss sinnvollerweise als Ausdruck der Auseinandersetzung mit gesellschaftlich-kulturellen Rahmenbedingungen gesehen werden. Diese erfordert eine eigene Diskussion, die tiefer in eine gesellschaftskritische Auseinandersetzung hineinführt, die destruktive Zeitgeist-Strömungen analysiert, wie z. B. eine massive und unkontrollierte Leistungs- und Erfolgsorientierung.

Klientenzentrierte „Hochleistungstherapie“: Erfolgs- und Leistungsorientierung

Bei der Elaboration von differenziellen Konzepten zeigt sich durchwegs eine Effektivitäts- und Leistungsorientierung. Diese ist einmal mehr, einmal weniger ausgeprägt, aber stets mit der Intention

verbunden, die Gesprächspsychotherapie zu einer Therapieform zu machen, die für alle Fälle gewappnet ist und für alle Eventualitäten der Praxis gerüstet ist. Diese Leistungsorientierung, Erfolgsansprüche und Effektivitätsforderungen sind auf verschiedenen Ebenen angesiedelt. Auf der Ebene der methodenspezifischen Versorgung bedeutet es: Das Angebot der klientenzentrierten Methode – genauer der Klientenzentrierten Therapeuten und Therapeutinnen – sollte so vielfältig und differenziert sein, dass sie bei vielen verschiedenen Klienten effektiv sein können. Diese Ansprüche sind auch im Kontext eines ökonomischen Erfolges in Konkurrenz zu anderen Methoden zu sehen. Die Leistungsorientierung ist aber nicht nur aus einem gesundheitspolitischen oder versorgungspolitischen Zusammenhang zu verstehen. Es spiegeln sich hierin auch die (materiellen) Interessen von Praktikern, die bei einer breiten Klientel erfolgreich sein möchten. Es geht also auch um den beruflichen Erfolg der Praktiker. Diese Leistungs- und Erfolgsorientierung ist bei differenziellen Konzepten zwar auffällig, aber vorerst ist daran nichts verdächtig. Eine Therapieform, die den Anspruch erhebt, einen Beitrag zu gesellschaftlichen Problemlösungen zu leisten und im Konzert der psychotherapeutischen Schulen einen angemessenen und bedarfsgerechten Platz einzunehmen, kommt vermutlich um ein gewisses Arrangement mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Ansprüchen und Werten nicht herum. Selbst dann nicht, wenn diese gesellschaftlichen Anforderungen weder konzeptkonform noch konzeptfördernd sind (Elliott, 2002). Die Diversifikation der Klientenzentrierten Psychotherapie wird ja in diesem Artikel auch als Ausdrucksform verschiedener Anwendungsbedingungen interpretiert, zu denen im weitesten Sinn auch das kulturelle und gesellschaftliche Setting gehören. Kritische Aufmerksamkeit ist allerdings erforderlich, wenn diese Leistungsorientierung bei der Entwicklung von Behandlungsformen mit klientenzentriertem Anspruch eine *dominante Funktion* erhält. Die massive Unterordnung unter ein Leistungs- und Effektivitätsprinzip kann die Charakteristik klientenzentrierter Therapieformen, die eine Balance zwischen Menschenbild, Methodik des Therapeuten und spezifischen Interaktionsmustern und Prozesserfahrungen von Klienten verlangt, deutlich verändern. Effektivität ist zwar ein wichtiges und unverzichtbares Qualitätskriterium eines Therapieverfahrens, allerdings nicht das einzige. Die Dominanz der Leistungs- und Effektivitätsorientierung zeigt sich im Zusammenhang mit einer differenziellen Vorgangsweise an verschiedenen „Symptomen“:

- (1) Ein ausgeprägtes „Wirksamkeitsbedürfnis“ kann beim einzelnen Praktiker zu der Intention führen, die therapeutische Behandlung selbst bei einem eingeschränkten Beziehungsangebot im Sinne des klientenzentrierten Konzepts nicht abubrechen bzw. die therapeutische Behandlung fortzusetzen, auch wenn die therapeutischen Bedingungen der Empathie, Wertschätzung und Echtheit nur eingeschränkt realisierbar sind. Überspitzt formuliert: Klientenzentrierte Psychotherapeuten möchten (u. a. aus pragmatisch-ökonomischen Gründen) die Behandlung

fortsetzen und mit Erfolg abschließen, auch wenn sie keinen optimalen personenzentrierten Bedingungen herstellen können.

- (2) Auf den Ebenen der Konzeptbildung und Theoriebildung fließen in die Diskussion bisweilen appellative und moralisch-vereinnehmende Aussagen ein, in der die Dominanz der Leistungsorientierung zum Ausdruck kommt: „Klienten wollen, dass man ihnen optimal hilft und ihnen die beste verfügbare Therapie anbietet.“ (Sachse, Schlebusch & Sachse, 2004, S. 8) Nicht selten wird auch der Begriff „Klientenzentrierung“ neu definiert, um der Effektivität ein deutliches Gewicht zu geben. Diese Facette finden wir in Aussagen wie „eine suboptimale Methode anzubieten [...] ist nicht klientenzentriert“ (Sachse, Schlebusch & Sachse, 2005, S. 2). Darin wird die Bedeutung von „Klientenzentrierung“ durch eine völlige Unterordnung unter einen Effektivitätsanspruch neu definiert. „Zentrierung in der Erlebniswelt von Klienten“ kommt als Bestimmungsmerkmal gar nicht mehr vor.
- (3) Weiters kommt auch in der Forderung nach „hohen wissenschaftlichen Standards“ eine Dominanz der Leistungsorientierung zum Ausdruck. Sie beschränkt sich in der Regel auf die empirisch-quantitative Forschung und stilisiert diese als höchstes und letztentscheidendes Kriterium für die Güte eines psychotherapeutischen Verfahrens hoch. Die auf der Basis dieser Forschung entwickelten Konzepte werden gerne mit Merkmalen wie „Weiterentwicklung“, „Modernisierung“ und „Optimierung“ bedacht. In diesem Effektivitäts- und Leistungsdiskurs treten Forscher bisweilen lautstark als selbsternannte Sieger auf und entscheiden dann durch diese Selbsterhöhung und durch ihr Originalitätsgehebe den „Wettbewerb“ für sich.

Insgesamt ist eine leistungsbezogene Argumentation auf den ersten Blick bestechend und nicht selten entwaffnend. Speziell wenn sie sich mit der populistischen Botschaft verbindet: „Das Beste ist für meine Klienten gerade gut genug“. Die häufige Verwendung des Komparativs und Superlativs als bevorzugte Sprachformen unterstreicht die Leistungs- und Erfolgszentrierung, denn sie dient dem Vergleich zwischen verschiedenen Beteiligten und der Identifizierung von „Siegern“. Die Wettkampf-Metapher bestimmt ja auch seit geraumer Zeit die Diskussion innerhalb der Psychotherapieforschung.

Bei genauerem Hinsehen entpuppt sich diese massive Leistungs- und Erfolgszentrierung jedoch oft als einengendes und eingegengtes Denken. In der Argumentation verbinden sich häufig ein radikaler Szientismus mit einem naiven Utilitarismus: Blind gegenüber den Voraussetzungen des eigenen Denkens erhält Wissenschaft – speziell naturwissenschaftlich orientierte, empirisch-quantitative Forschung – einen absoluten und bedingungslosen Wert. Alles, was ist und was sein soll (Realität und Wertsetzung), könne eindeutig durch Forschung bestimmt werden. Die Qualität einer Psychotherapiemethode entscheide sich allein durch ihre positiven Folgen und durch ihren Nutzen. Das Problem mit einer

sich als modern und zeitgemäß gebenden scientistischen Position ist nicht allein, dass sie eine Verweigerung von Selbstreflexion beinhaltet und im Grunde eine intellektuelle Katastrophe darstellt. Sie übersieht auch, dass die Bedeutung und der Wert der empirischen Psychotherapieforschung längst nicht mehr an eine scientistische Position gebunden sind (Manicas & Secord, 1984). Wissenschaft, die auf die Erforschung einer vielschichtigen Realität gerichtet ist, braucht einen mehrperspektivischen Zugang und eine Vielfalt von Methoden (methodologischer Pluralismus), mit denen die unterschiedlichen Erkenntniskräfte und -möglichkeiten des Menschen aktiviert werden können. Intelligentes Theoretisieren erhält dabei eine prominente Rolle sowohl in der Gestaltung der Forschung wie auch in der Gestaltung und Bewältigung der Praxis. Bei der Erforschung und Entwicklung von „Humantechnologien“ (wie z. B. Psychotherapieformen oder differenzielle Konzepte) geht es weniger um isolierbare Effektivitätsdetails, sondern um ein tieferes und komplexeres Verständnis der menschlichen Existenz – speziell um die Erschließung des Wirkpotenzials zwischenmenschlicher Interaktion unter Systembedingungen, die nur teilweise kontrollierbar und transparent sind (Bhaskar, 1978; Manicas, 1998; Kazi & Spurling, 2000)

Der aktive Klient: selektiv und adaptiv

Rogers hat dem Klienten im Prozess der Therapie stets eine besondere Rolle und Bedeutung gegeben. Er sieht ihn als inhaltlichen Führer und in einer aktiven Rolle bei der „Verwertung“ der therapeutischen Zuwendung und der Prozess Erfahrungen. Das therapeutische Beziehungsangebot sieht Rogers in Aktivitäten des Therapeuten, die der Klient „sehr unterschiedlich verwenden mag“ (Rogers 1957a/1997, S. 45). Der Ansatzpunkt für eine differenzielle Fragestellung liegt hier bei der je unterschiedlichen Nutzung der Interaktionserfahrungen und Therapeuten-Aktivitäten durch den Klienten selbst. Bohart und Tallman (1999) haben diese Perspektive konsequent weitergeführt. Demnach kommt dem Klienten eine aktiv differenzierende Rolle zu: Er verwendet die Antworten von Therapeuten, um sie auf den eigenen Kontext zu beziehen. Unabhängig davon, ob Therapeuten versuchen, zu verändern, Erleben zu aktivieren, zu begleiten oder empathisch zu verstehen, der Klient gibt diesen „Interventionen“ eine individuelle Bedeutung aus seinem eigenen Problemhorizont und verwendet sie für seine eigenen Zwecke (Bohart, 2004). Auch Gesprächsphasen, in denen Therapeuten nicht optimal reagieren, versuchen Klienten produktiv zu nutzen, das Beste für sich herauszuholen und einen Gewinn mitzunehmen. Was bedeutet es nun für die differenzielle Fragestellung, wenn man davon ausgehen kann, dass Klienten sich aktiv und differenzierend mit der Therapiesituation auseinandersetzen und diese für die eigenen Zwecke je individuell nutzen. Die Klientenzentrierte Psychotherapie ist von ihren methodischen Prinzipien her eine

individualisierende Therapie: Der Therapeut stellt sich inhaltlich und hinsichtlich seiner sozialen Feinfühligkeit auf die Individualität des Klienten ein. Diese stimmige Einstellung auf die individuelle Situation und Person des Klienten ist bei jedem Klienten eine Aufgabe und Herausforderung. Was gewinnt nun der Klient durch seine differenzierende Aktivität? Bei einer gelungenen Einstellung der Therapeutin und einer stimmigen Zuwendung verstärkt die Klientin die Individualisierung durch das stärkere Einbringen der eigenen Person und das intensivere Explorieren eigener Erfahrung. Die Klientin muss keine Energie verwenden, um die Situation ihren Zwecken entsprechend zu gestalten oder die Therapeutin zu bewältigen, sondern kann sich sofort, ungeschützt und ohne Umwege den eigenen Inhalten (Selbst, Gefühle) zuwenden. Im Falle einer eingeschränkten Individualisierung durch die Therapeutin entschärft die Klientin die eingeschränkte Stimmigkeit, indem sie versucht, die Situation für die eigenen Zwecke „herzurichten“, zu gestalten und zu bewältigen, um einen gewissen Nutzen für die individuelle Situation herauszuholen.

Eine Voraussetzung für die individuelle Nutzung könnte sein, dass Klienten einen gewissen Raum für die Variabilität ihres Erlebens und Verhaltens in der Therapiesituation zur Verfügung haben und Interaktionen oder Reaktionen vom Therapeuten nicht derart aufdringlich, einschränkend und zwingend sind, dass die Freiheit des Erlebens und Verhaltens verloren geht (Rennie, 2004). An diesem Punkt wird auch die Bedeutung der Nicht-Direktivität als Handlungsdimension sichtbar. Unter der Voraussetzung einer ausreichenden Freiheit des Ausdrucks in der therapeutischen Situation und einer zumindest minimalen Stimmigkeit und Passung der therapeutischen Zuwendung können Klienten eine Stil- und Fehlertoleranz gegenüber Therapeuten entwickeln, die eine ausreichende therapeutische Produktivität gewährleistet.

Der erfolgreiche Praktiker: Eine Strategie der Selbst-Selektion

In der Auseinandersetzung mit differenziellen Konzepten und Vorgangsweisen konzentrierte sich das Interesse dominant auf adaptive Strategien. Diese zielen auf eine „optimierte Psychotherapie“ mit Psychotherapeuten, „die das ganze Spektrum therapeutischer Möglichkeiten im Auge haben und fähig und bereit sind, sich mit ihrem Therapieangebot flexibel auf den jeweiligen Patienten einzustellen“ (Grawe et al., 1994, S. 730). In diesem Zitat sind unschwer der Anspruch und das Motiv zu erkennen, eine Art „Supertherapie“ bzw. einen „Supertherapeuten“ zu finden, der für alle Fälle der Praxis vorbereitet ist. In der bisher entwickelten Argumentation habe ich darauf hingewiesen, dass adaptive Strategien nur ein bestimmtes, aber begrenztes Ausmaß an Individualisierung (Differenzierung) ermöglichen können. Die Begrenzung

der adaptiven Möglichkeiten liegen einerseits in den Grenzen der Erforschung und Gestaltung von Komplexität (ergebnisorientierte Adaptivität), andererseits in den biographisch bedingten Grenzen individueller Erfahrung (beziehungsorientierte Adaptivität). Die Adaptivität und Selektivität von Klienten entschärft diese Begrenztheit: Klienten versuchen aktiv, adaptiv und selektiv das gegebene Angebot ihrer Therapeuten für ihre Entwicklung zu nutzen und entwickeln dabei eine Stil- und Fehlertoleranz. Positiv formuliert: In einer konkreten Therapeut-Klient-Beziehung kann ein gewisses Ausmaß an Individualisierung durch das Potenzial an Adaptivität auf Seiten des Therapeuten und durch die je individuelle Nutzung des (bereits adaptierten) therapeutischen Angebots auf Seiten des Klienten erreicht werden. Damit ist das Potenzial an Individualisierung durch adaptive Strategien und das Ausmaß an Differenzierung, das erreicht werden kann, erschöpft. Der Supertherapeut wird auf diese Weise nicht „geboren“.

Die große Bedeutung konkreter Praxisbedingungen für die „Passung“ und das Zueinanderfinden von Therapeuten und Klienten, wozu auch die Individualität sowohl von Klienten, als auch von Therapeuten zählt, führen zu der Folgerung, dass adaptive Strategien zu kurz greifen und durch selektive Strategien ergänzt werden müssen – besser: auf selektive Strategien aufbauen müssen. Aus der bisherigen Überlegung lässt sich daher folgende These vertreten: Der beruflich erfolgreiche Psychotherapeut ist nicht der „adaptive Supertherapeut“, sondern der selektive Therapeut, der seine Stärken und Grenzen von vornherein berücksichtigt. Diese Selektivität ist das Fundamentum für eine verantwortungsvolle Praxis, auf der verschiedene individuell bevorzugte adaptive Strategien aufbauen können.

Die eben genannte These wird als abschließende Konklusion dieses Artikels nun erläutert und belegt.

Grenzen und Möglichkeiten selektiver Strategien

Da für die konkrete Durchführung einer Psychotherapie die Entscheidung für einen Therapeuten bzw. die Entscheidung für einen bestimmten Klienten erforderlich ist, sind selektive Strategien in der Praxis der Psychotherapie eine Tatsache. Die Art der Behandlung, Anzahl, Geschlecht und Verfügbarkeit von Psychotherapeuten in einem bestimmten Versorgungsgebiet sind unter anderem die Vorgaben, auf denen selektive Strategien aufbauen. Wir finden sie in Situationen, in der Klienten, mit denen ein Therapeut schwer „kann“, einem Kollegen weitervermittelt werden, also eine unterscheidende Auswahl (in diesem Fall Abwahl) des Therapeuten oder einer spezifischen Therapeut-Klient-Konstellation getroffen wird. In diese Kategorie fällt auch die Empfehlung an Klienten, mehrere Therapeutinnen und Therapeuten jeweils in einem Erstkontakt quasi „auszuprobieren“, um eine passende Konstellation zu finden. Die Grundlage dieser Empfehlungen ist die Überzeugung,

dass die Leistungsfähigkeit der Methode eng mit der „Passung“ und Eignung der individuellen Therapeuten für ihre Klienten verknüpft ist. Da diese Leistungsfähigkeit jeweils unterschiedlich sein kann, liegt hier der Ansatzpunkt einer differenziellen Strategie. So erhofft man sich, im Rahmen eines lokalen Versorgungsgebietes die Wahrscheinlichkeit für eine produktive Therapeut-Klient-Konstellation zu erhöhen. Sie wird oft defensiv – zur „Entsorgung“ eines Problem-Klienten – eingesetzt oder wie in der oben genannten Empfehlung in der Verantwortung des Klienten gesehen. Ihre Verwirklichung hängt von lokalen organisatorischen oder kollegialen Rahmenbedingungen ab. Vermutlich ist sie noch am ehesten in gut funktionierenden Gemeinschaftspraxen vorstellbar (egal ob diese methodenübergreifend oder methodenhomogen zusammengesetzt sind). Aber auch in dieser Situation dürfte die Kenntnis der Individualität des kooperierenden Kollegen die beste Orientierung für eine Zuweisung abgeben.

Eine Barriere für die Ausübung einer selektiven Strategie durch Klientenzentrierte Psychotherapeuten dürfte unter anderem das Element der Zurückweisung bzw. des Scheiterns sein. Tatsächlich kann eine selektive differenzielle Vorgangsweise die Erfahrung von Zurückweisung auf Seiten des Klienten bzw. die Erfahrung des Versagens auf Seiten des Psychotherapeuten hervorrufen. Dadurch wird aber auch deutlich, dass diese Strategie ein hohes Ausmaß an Sensibilität und Kompetenz verlangt. Rogers (1942a/1985) hat diese Situation unter dem Titel „Abschluss einer erfolglosen Beratung“ thematisiert. Abgesehen davon sind jedoch gescheiterte Therapiebeziehungen kaum Gegenstand von expliziter Erörterung, was angesichts der nicht seltenen Therapieabbrüche durch Klienten verwundert (vgl. Grawe et al., 1994). Aufgrund solcher und ähnlicher Phänomene und Umstände könnte die Einschätzung realistisch sein, dass speziell bei niedergelassenen Psychotherapeuten die Auseinandersetzung mit differenziellen Indikationsstellungen unbeliebt sein dürfte (Biermann-Ratjen et al., 2003). Speziell die selektive Variante ist hier betroffen: Klienten wegzuschicken oder an Kollegen zu überweisen, erzeugt ein psychologisches Problem und einen ökonomischen Nachteil. Gerade in diesem Umstand dürfte die Attraktivität von adaptiven Strategien auf der Basis einer Erweiterung der technischen Variabilität liegen: Die Hoffnung, ein „Supertherapeut“ zu werden verspricht vordergründig psychologische und ökonomische Vorteile. Ein weiterer Grund für die illusorische Vermeidung selektiver Strategien dürfte in der Missinterpretation der „guten Nachrichten aus der Welt der Forschung“ sein: Da die Klientenzentrierte Psychotherapie ein breites Indikationsprofil aufweist, wird fälschlicherweise angenommen, dass man sich als Praktiker die Indikationsfrage ruhig sparen kann. Aber gerade eine beziehungsorientierte Psychotherapieform wie die Klientenzentrierte Psychotherapie ist auf eine selektive differenzielle Strategie angewiesen.

Die „Ansprechbarkeit“ des Praktikers für einen Klienten

Um die Praxis transparent zu machen, müssen wir eine Unterscheidung zwischen der Klientenzentrierten Psychotherapie als Behandlungsmethode und -konzept und dem einzelnen Praktiker machen, der diese Methode verwirklicht. Das Behandlungspotenzial der Klientenzentrierten Psychotherapie wurde wie folgt beschrieben: „Die Gesprächspsychotherapie weist im Hinblick auf Art und Schwere der psychischen Störungen, die durch sie behandelt werden können, ein außerordentlich breites Indikationsprofil auf“. Und: „Aufgrund der vorliegenden empirischen Untersuchungen lässt sich zweifelsfrei feststellen, dass Gesprächspsychotherapie eine wirksame Behandlungsmethode für viele klinisch relevante psychische Störungen ist.“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 160) Es ist kaum anzunehmen, dass über einen adaptiven Zugang jede einzelne Psychotherapeutin und jeder einzelne Psychotherapeut eine optimale Individualisierung und Behandlung für alle Klienten, die von der Methode der Klientenzentrierten Psychotherapie effektiv behandelt werden können, erreichen kann. Ebenso ist es unrealistisch anzunehmen, dass es nur einen einzigen Gesprächs-therapeuten gibt, der in der Lage ist, alle psychischen Störungen, die im Indikationsprofil des klientenzentrierten Konzepts liegen, gleich gut und erfolgreich zu behandeln.

Für die „Wirksamkeit“ des einzelnen Praktikers kommen selektive Kriterien ins Spiel, die in der individuellen Persönlichkeit des einzelnen Psychotherapeuten liegen. Dazu gehören persönliche Charakteristika (z. B. Belastbarkeit, Offenheit für bestimmte Probleme, Frustrationstoleranz etc.), Lebensgeschichte und Lebensstil, (theoretische) Interessen, Vorlieben und Wertorientierung und vor allem die Erfahrung mit der erfolgreichen Realisierung des personenzentrierten Konzepts. Analog zur Ansprechbarkeit von Klienten für die Klientenzentrierte Psychotherapie (Biermann-Ratjen et al., 2003) kann man auch von einer Ansprechbarkeit von Praktikern für bestimmte Klienten-Persönlichkeiten, Störungen oder Problemlagen ausgehen. Die Ansprechbarkeit des Psychotherapeuten für einen Klienten ist eine Erfahrung im unmittelbaren Kontakt mit dem Klienten und vollzieht sich auf der Ebene der emotionalen Resonanz wie etwa die Erfahrung von Respekt und Wertschätzung, die Einfühlbarkeit von berichteten Erlebnisinhalten, das Empfinden von Nähe. Es sind jedenfalls persönlich-individuelle Momente, deren Berücksichtigung Selbstbeobachtung und einen selbstreflexiven Bezug zur eigenen Persönlichkeit erfordern.

Effizienz – Effektivität – beruflicher Erfolg

Da die Frage der differenziellen Vorgangsweise auch sehr eng mit dem „Erfolg“ der Klientenzentrierten Psychotherapie und den Grenzen des Erfolgs zu tun hat, ist eine weitere Unterscheidung hilfreich. Die üblichen Erfolgskriterien für eine Psychotherapiemethode sind Effizienz (die tatsächlich erreichte bzw. erreichbare

Wirkung) und Effektivität (der ökonomische Mitteleinsatz, das Verhältnis von Aufwand und Erfolg). Auf praktischer Ebene wird ein weiteres Kriterium wichtig: der berufliche Erfolg des Praktikers. Denn für den individuellen Praktiker „reduziert“ sich das Problem der differenziellen Vorgangsweise auf die Frage: Wie kann man als Klientenzentrierte Psychotherapeutin, als Klientenzentrierter Therapeut in der therapeutischen Arbeit mit Klienten erfolgreich sein? Der persönliche Erfolg des einzelnen Praktikers bei der Ausübung eines therapeutischen Berufs setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen. Neben häufigen Therapieerfolgen und der damit verbundenen persönlichen Befriedigung ist hier auch ein geringes Risiko „für Therapieabbrüche oder lang dauernde unproduktive Therapeut–Klient–Beziehungen zu nennen. Weiters gehören Arbeitsfreude und Sicherheit bei der ausgeübten Tätigkeit sowie das Gefühl dazu, kompetent zu sein; weiters Leichtigkeit bei der beruflichen Problembewältigung, Anerkennung durch Berufskollegen und insgesamt das Empfinden, eine den eigene Fähigkeit entsprechende berufliche Tätigkeiten auszuüben. Nicht zuletzt ist auch die ökonomische Dimension zu nennen: Die finanzielle Abgeltung, das erwartete Einkommen ist eine wichtige Rahmenbedingung für persönliche Sicherheit und produktive Arbeit mit Klienten.

Auch bei diesem Punkt macht die Unterscheidung zwischen Konzept bzw. Methode und individuellem Anwender einen Sinn. Denn auch wenn die Methode der Klientenzentrierten Psychotherapie durch Forschung eine breite Anwendbarkeit und ein breites Indikationsprofil belegen kann, ist damit über das Ausmaß des beruflichen Erfolges, den einzelne Praktiker haben, nicht viel gesagt. Es ist eine Frage individueller Berufsausübung, wie der einzelne Psychotherapeut das Potenzial der Methode ausschöpft, damit er seine individuellen Möglichkeiten und Stärken in die Gestaltung des Settings und der psychotherapeutischen Arbeit einbringen kann. Auch wenn es möglich ist, unter bestimmten Untersuchungsbedingungen mit der Klientenzentrierte Psychotherapie bei verschiedenen Klientengruppen und Störungen effizient und effektiv zu sein, können Klientenzentrierte Psychotherapeuten unter spezifischen Praxisbedingungen z. B. eine hohe Abbrecherquote „produzieren“. Und dieses Phänomen ist nicht allein mit einer inkompetenten Vorgangsweise zu erklären. Es ist plausibel, dass Klientenzentrierte Psychotherapie als beziehungsorientierte Therapieform besonders anfällig für berufliche Misserfolge wie unproduktive Therapieverläufe und Therapieabbrüche ist, *wenn selektive Strategien in der differenziellen Indikation nicht genutzt werden*. Einige Ergebnisse einer Studie über Burnout bei klientenzentrierten Praktikern und Praktikerinnen liefern einige Anhaltspunkte (Volgger, Laireiter & Sauer, 2004). Demnach könnten Faktoren wie die mangelnde Kontrolle über die Auswahl von Klienten sowie bestimmte vermeidende Umgangsformen mit therapeutischen Problemen wie, „auf günstige Wendung warten“, „Abbruch der Therapie“ und „Probleme aufschieben“ emotionale Erschöpfung fördern. Damit sind aber gerade Aspekte einer Situation beschrieben, die bei unproduktiven Therapien

trotz Bemühens um Individualisierung (adaptiver Aspekt) entsteht, wenn eine etwaige konsensuale Beendigung der Therapie bzw. eine Überweisung an Kollegen (selektiver Aspekt) verschleppt oder gar nicht ins Auge gefasst wird. Weitere Anhaltspunkte für die Bedeutung einer selektiven Strategie finden sich in folgenden Befunden: In den Fällen, in denen Behandlungsdauer oder Therapeutenwahl aufgrund von Regelungen der Krankenkassen bzw. Institutionen beschränkt war, war der Behandlungserfolg geringer (Seligman, 1995; vgl. Hutterer, 1997). Die Möglichkeit der alternativen Therapeutenwahl wirkte sich günstig auf die Abbruchquote und den Therapieerfolg aus (Schäfer, 1992).

Selektivität und Individualität von Therapeuten

Warum braucht eine beziehungsorientierte Therapieform eine selektive Indikationsstellung? Warum sind selbst für hoch kompetente und sehr erfahrene Therapeuten manche Klienten, die in ihrem Behandlungsspektrum liegen, nicht „geeignet“? Eine Antwort auf diese Frage gibt die Anwendung der Theorie des impliziten Wissens auf zwischenmenschliche Beziehungen und Humantechnologien (Polanyi, 1962). Für eine beziehungsorientierte Therapieform ist die Individualität der beteiligten Personen entscheidend. Jede Person hat Besonderheiten, die wir in der Alltagssprache ganzheitlich als „Ausstrahlung“ erfassen und bezeichnen. Zur individuellen Ausstrahlung tragen viele Momente bei: das Erscheinungsbild und Ausdruck, Gefühlsleben, der Erfahrungshintergrund, Biographie etc. Neben nachvollziehbaren biographischen und charakterlichen Momenten kommt die Individualität und Unverwechselbarkeit einer Person vermutlich auch auf einer impliziten Ebene zum Ausdruck: Es sind viele Details oder eine Kombination von persönlichen Details, die im Hintergrund als Hilfsmittel wirken (subsidiär) und die Individualität konstituieren. Das Empfinden von Einzigartigkeit kommt vermutlich nur deshalb zustande, weil diese individuelle Kombination von Subsidien nicht zur Sprache kommt. Selbst Personen die einander lang und intensiv kennen, können diese Unverwechselbarkeit oft nur durch sprachloses Erkennen ausdrücken („Ja, so ist er/sie“). Dieser implizite Anteil ist weder beschreibbar, noch imitierbar. Auch in einer zwischenmenschlichen Beziehung ist dieser implizite Anteil gegeben: Bei manchen Personen sagen wir, wir hätten sofort „einen Draht“ zu ihnen gehabt oder es sei „der Funke übergesprungen“, ohne diese Erfahrung inhaltlich beschreiben zu können. Viele Menschen in Freundschafts- und Liebesbeziehungen brauchen lange Zeit, um zu verstehen, warum sie zueinander gefunden haben und ihre Beziehung weiter aufrecht ist, ohne das Rätsel vollständig zu lösen. Es scheint sogar, dass ein Teil dieser Unverwechselbarkeit der Beziehung implizit bleiben muss, um sie aufrecht zu erhalten. Dieses Gefühl für die Unverwechselbarkeit einer Person können wir nicht mehr spüren, wenn die Beziehung verloren geht. Wir wundern uns dann oft, dass wir eine andere Person als etwas Besonderes wahrgenommen haben.

Klientenzentriert Psychotherapeuten haben in der Regel auf Grund ihrer Ausbildung und ihrer Theorie eine gewisse Offenheit für diesen unaussprechlichen Aspekt von Beziehung. Das „Sich-Einlassen“ auf die Einzigartigkeit, schaffen wir nur, wenn wir unsere eigene Einzigartigkeit implizit ins Spiel bringen können (Echtheit und Authentizität). Aus demselben Grund ist diese Fähigkeit auch begrenzt und nicht bei beliebigen Personen mit derselben Qualität abrufbar. Das mag der Grund sein, warum wir uns nicht mit einem beliebigen und unbegrenzten Kreis von Personen auf eine intensive und tiefe therapeutische Beziehung einlassen können, sondern selektiv sein müssen, wenn wir unsere therapeutische Leistungsfähigkeit optimal ausschöpfen wollen. Das bedeutet nicht, dass wir nur mit wenigen Personen therapeutisch wirksam werden können, sondern dass es einen „unumgehbaren Resonanzeffekt zwischen zwei Personen gibt“, der zwar durch Ausbildung und Erfahrung erweiterbar, aber nicht aufhebbar ist (Schäfer, 1992, S. 35). Auch in der Wahrnehmung von Klienten und Klientinnen sind viele persönliche Details für die „Attraktivität“ von Therapeuten entscheidend. Diese Verbindung zwischen Individualität und Selektivität kommt auch in der folgenden Untersuchung zu Vorschein.

In einer explorativen Studie des Autors (Hutterer, 2006) im Sinne eines qualitativen Experiments erhielten zwölf Klientinnen im Rahmen einer Universitätslehrveranstaltung je ein klientenzentriertes Gespräch von ca. 45 Minuten Dauer bei drei Personen-zentrierten Therapeutinnen. Die Klientinnen hatten die Aufgabe, Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Therapeutinnen sowie hilfreiche weniger hilfreiche Gesprächssituationen im Anschluss an die Gespräche zu identifizieren. Dazu wurden eine Reihe von methodischen Hilfsmitteln und Instrumenten verwendet, um Daten über die Gespräche zu generieren, die Grundlage für die Auswertung waren. Dabei zeigten sich folgende Muster:

- (1) Die Gemeinsamkeiten der Therapeutinnen wurden erwartungsgemäß mit Merkmalen einer klientenzentrierten Grundhaltung charakterisiert: einführend, interessiert, Anteil nehmend, aufmerksam, menschlich, Gefühle ansprechend etc. Diese Gemeinsamkeiten wurden als deutlich im Vordergrund wahrgenommen.
- (2) Trotz dieser Gemeinsamkeiten wurden viele Unterschiede in Details beschrieben. Diese Details bezogen sich auf den persönlichen Stil (lebhaft, temperamentvoll, verbal und physisch aktiv, ruhig, zurückgezogen) oder persönliche „Eigenheiten“ der Therapeutinnen (verwendet eine Bildersprache, gestikuliert viel), auf Aspekte, die wir in der Alltagssprache ganzheitlich als „Charakter“, „Ausstrahlung“ oder „Temperament“ bezeichnen. Weitere Unterschiede bezogen sich auf Aspekte der Interaktion, die mit Timing und Tempo beschreibbar sind (Umgang mit Gesprächspausen, häufiges versus fehlendes Unterbrechen des Redeflusses von Klienten etc.).
- (3) Manche der Gemeinsamkeiten und der Unterschiede wurden von den Klientinnen jeweils individuell unterschiedlich als störend, andere als hilfreich empfunden. So fühlten sich einige durch das

„Spiegeln“ und „Wiederholen“ der Klientenäußerungen wohl und „richtig“ verstanden, und konnten ihren Gefühlen freien Lauf lassen. Andere fühlten sich „total genervt“, „nicht ernst genommen“, andere nur dann verstanden, wenn eine „Wiederholung“ mit den eigenen Worten der Therapeutin erfolgte.

- (4) Trotz der dominanten Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung einer klientenzentrierten Grundhaltung eröffnete jede Therapeutin einen unterschiedlichen „Erfahrungsraum“. Bei einer Therapeutin bekam man viele Anregungen durch die bilderreiche Sprache und konnte sich manchmal aber auch überfordert fühlen. Bei einer anderen erhielt man einen großen Freiraum und konnte sich vielfältig und flüssig äußern, aber manches Mal ging es mehr in die Breite als in die Tiefe. Bei der dritten Therapeutin konnte man sehr nahe an die eigenen Gefühle kommen, aber man musste sich an diesen Stil einmal gewöhnen.

Die Erkenntnis, die die Klientinnen in diesen Gesprächen gewonnen haben war, dass es eine äußerst große Bedeutung hat, die „richtige“ Therapeutin zu finden und sich nicht mit der ersten, nicht völlig zufrieden stellenden Wahl, abzufinden.

Strategien der Selbstselektion

Was bedeutet nun diese These vom „selektiven Therapeuten“, der seine Grenzen und Stärken von vornherein berücksichtigt. Diese Form der Selektivität ist im Grunde eine Selbst-Selektivität und beruht auf zwei Elementen: 1. Das „Angebot“ an Kompetenz beschränkt sich auf die eigenen Stärken und ist eine Art von bewusster Selbstbeschränkung, die dem Prinzip folgt, sich selber dort aus dem Spiel nehmen, wo man nicht erfolgreich sein kann. 2. Das Beziehungsangebot beruht auf einer Bewusstheit der eigenen Individualität und Besonderheiten, die für eine bestimmte Art von Klientel eher geeignet ist als für andere.

Eine Strategie der Selbstselektion ist eine differenzielle Strategie für die erfolgreiche Ausübung eines psychotherapeutischen Berufes. Man könnte sie mit folgendem Handlungsprinzip positiv beschreiben: „Arbeiten Sie nur mit Klienten, bei denen Sie erfolgreich sein können, die von der Therapie mit ihnen optimal profitieren können und denen gegenüber Sie eine optimale personenzentrierte Beziehung entwickeln können“. Oder anders formuliert: „Arbeiten Sie mit jenen Klientinnen und Klienten, die mit ihnen als Therapeut bzw. Therapeutin eine günstige Prognose haben“.

Diese Empfehlung wirkt vermutlich vorerst nicht besonders originell. Aber sie beinhaltet ein anspruchsvolles „Programm“. Denn sie erfordert die Gestaltung der eigenen beruflichen Praxis bzw. zumindest einen Teil der eigenen Lebensführung auf Basis der Bewusstheit der eigenen Stärken und des eigenen Potenzials sowie der eigenen Grenzen. Das vielleicht Verblüffende liegt in der Einsicht, dass dieser „Erfolg“ nur zu erreichen ist, wenn man sich als

Psychotherapeut oder Psychotherapeutin in eine „privilegierte Position“ bringt. Das „Privileg“ liegt in der Forderung, die berufliche Situation so gestalten zu können, dass die eigenen therapeutischen Fähigkeiten optimal zum Ausdruck kommen können. Das hat auch eine wichtige berufspolitische Komponente, weil dazu auch eine angemessene Bezahlung und günstige Arbeitsbedingungen etc. gehören. Ein Beispiel soll das erläutern: Ein Therapeut, arbeitet immer wieder mit Klienten, in die er sich nur eingeschränkt einfühlen, bei denen er keinen ausreichenden Respekt empfinden und keine kongruente Beziehung fördern kann. Er ist oft überfordert mit der Problematik seiner Klientinnen und Klienten. Er hat zwar auch einige andere Klienten, bei denen eine personenzentrierten Beziehung gelingt, aber die weniger optimalen überwiegen. Er kommt beruflich und/oder privat immer wieder in Situationen, in der durch Stress und Belastungen seine therapeutische Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Er ist trotz dieser Einschränkungen und Mängel nicht in der Lage, für ihn „schwierige“ Klienten an Kollegen bzw. Kolleginnen abzugeben, weil er die Einkünfte für den Lebensunterhalt benötigt oder es keine Möglichkeit der Kooperation gibt. Hier wurde eine sehr ungünstige Ausgangssituation für therapeutische Arbeit beschrieben. Der Therapeut wird nur wenige Erfolgserlebnisse haben (seine Klienten auch). Warum ist in diesem Beispiel der Therapeut weit entfernt von einer privilegierten Position?

- (1) Sein privates bzw. berufliches Leben bietet einen ungünstigen Rahmen für Psychohygiene und psychische Gesundheit.
- (2) Er hat eingeschränkte Kenntnisse der eigenen Stärken und Schwächen als Therapeut.
- (3) Er ist nicht in der Situation, Klienten anzuziehen oder auszuwählen, die von seinen Stärken profitieren können.
- (4) Er ist in der ökonomisch ungünstigen Situation, dass er allein durch seine Arbeit als Therapeut seinen Lebensunterhalt bestreiten muss (bzw. der Verlust von Klienten würde auch einen Einkommensverlust nach sich ziehen).
- (5) Er besitzt keine Arbeitssituation, die ein kollegiales Netzwerk für Austausch und Zusammenarbeit bietet.

Diese Punkte sind als *Risikofaktoren für eine kompetente therapeutische Arbeit* anzusehen. Sich in eine privilegierte Position zu bringen, bedeutet, alle oder die meisten dieser Risikofaktoren auszuschalten oder zu entschärfen. Man kann deshalb auch von einer „differenziellen Strategie“ für eine erfolgreiche Ausübung des Therapeutenberufes sprechen:

- (1) Psychohygiene und psychische Gesundheit: Welche Maßnahmen und Aktivitäten kann ich durchführen um meine psychische Gesundheit zu fördern? Welches psychohygienische Potenzial hat mein Lebensstil, haben meine Lebensumstände?
- (2) Therapeutische Stärken: Wo liegen meine Stärken, wo meine Grenzen? Wie kann ich meine Stärken pflegen? Mit welchen Klientengruppen arbeite ich gerne und kann ich kompetent arbeiten?

- (3) Passende Klientel: Wie und über welche Maßnahmen kann ich Klienten „anziehen“ oder „kanalisieren“, die auf meinen therapeutischen Stil günstig ansprechen? Für welche Problematik meiner Klienten bin ich offen? Auf welche reagiere ich defensiv?
- (4) Ökonomische Entlastung: Was kann ich unternehmen, um nicht von den Einnahmequellen durch meine Klienten abhängig zu sein?
- (5) Ein kollegiales Netzwerk: Wie kann ich ein Netzwerk von Kollegen aufbauen für die Zuweisung von Klienten, für kollegiale Supervision?

Diese Faktoren sind individuell sehr verschieden und müssen von Therapeuten „differenziell“ erkannt und gestaltet werden. Im Rahmen der Ausbildung und Weiterbildung müssten ausreichend Lernerfahrungen enthalten sein, um es angehenden Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen zu ermöglichen, eine „privilegierte Position“ in diesem Sinne zu erreichen. Die Einnahme einer „privilegierten Position“ in Verbindung mit einer Strategie der Selbstselektion zugunsten einer erfolgreichen Ausübung des Therapeutenberufes dürfte zwar nicht sehr beliebt und angesehen sein; es gibt jedoch ein berühmtes Beispiel, das den Sinn und die Notwendigkeit selektiver Strategien in einer beziehungsorientierten Therapieform wie der Klientenzentrierten Psychotherapie prägnant illustriert: Virginia Axline soll einmal gefragt worden sein, warum sie denn nicht mit den Eltern jener Kinder arbeite, die sie therapeutisch betreut, wo wir doch wüssten, dass Störungen bei Kindern oft eng mit den Erfahrungen im Elternhaus zusammenhängen. Sie soll darauf geantwortet haben: „Ich mag die Eltern nicht, die gestörte Kinder haben“.

Literatur

- Auckenthaler, A. (1994). Was wirkt in der klientenzentrierten Psychotherapie? Zur Abgrenzung der „therapeutischen Kernbedingungen“ vom „therapeutischen Basisverhalten“. *Psychologie in der Medizin*, 5(4), 28–31.
- Axline, V. (2003). *Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*. München: Ernst-Reinhardt.
- Barrett-Lennard, G. T. (1993). Understanding the person-centered approach to therapy: A reply to questions and misconceptions. *The Person-Centered Approach and Cross-Cultural Communication: An International Review*, Vol. 2, 99–113.
- Barrett-Lennard, G. T. (1998). *Helping systems: Journey and substance*. London: Sage.
- Bastine, R. (1970). Schwierige Situationen in der Gesprächstherapie. Vortrag, gehalten am 17.10.1970 in Utrecht. Hektographiertes Vortragsmanuskript.
- Bastine, R. (1983). Therapeutisches Basisverhalten und differenzielle Psychotherapie – Kritische Anmerkungen zum Beitrag von Dieter Tschewlin. In D. Tschewlin (Hrsg.), *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie*. Weinheim: Beltz.
- Bhaskar, R. (1978). *A realist theory of science*. Stanford: Harvester Press.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BITTE DIE AUFLAGE ANGEBEN
- Binder, U. & Binder, J. (1991). Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung, psychosomatisches Erleben, depressives Leiden. Eschborn: Klotz.
- Binder, U. (1993). Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Personzentriert*, 2, 5–135.
- Bohart, A. C. (2002). A passionate critique of empirically supported treatments and the provision of an alternative paradigm. In J. C. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (pp. 258–277). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: the process of active self-healing*. Washington DC: American Psychological Association.
- Cornelius-White, J. H. D. (2004). Maintain and enhance: An integrative view of person-centered and process-differentiated diagnostics. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (4), 268–276.
- Elliott, R. & Greenberg, L. S. (2002). Process-experiential psychotherapy. In D. J. Cain & J. S. (Eds.), *Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice* (pp. 279–306). Washington, DC: American Psychological Association.
- Elliott, R. (2002). Render unto Caesar: Quantitative and qualitative knowing in research on humanistic therapies *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1 (1&2), 102–117.
- Elliott, R., Greenberg, L., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th edn., pp. 509–539). New York: Wiley.
- Finke, J. (1996). Störungsspezifische Behandlung als Voraussetzung stationärer Gesprächspsychotherapie bei schweren psychischen Störungen. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung*. Köln: GwG Verlag.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der Personzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162). Wien, New York: Springer.
- Frohburg, I. (2005). Methodische Akzentsetzungen in der Gesprächspsychotherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 1, 22–28.
- Gendlin, E. T. (1962). Client-centered developments and work with schizophrenics. *Journal of Counseling Psychology*, 9, 205–212.
- Gendlin, E. T. (1973). Experiential psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (pp. 317–352). Itasca: Peacock.
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München: Pfeiffer.
- Goldstein, K. (1934). *Der Aufbau des Organismus*. Haag: Martinus Nijhoff. (Übersetzung ins Englische 1939: *The organism*. New York: American Book Co; Neuauflage 1995 durch Zone Books: New York).
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., Elliott, R. (2003). *Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozess- und erlebensorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Lietaer, G. (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Hill, C. E. (Ed.). (2001a). *Helping skills: The empirical foundation*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill, C. E. (2001b). Effects of therapist response modes in brief psychotherapy. In C. E. Hill (Ed.), *Helping skills: The empirical foundation* (pp. 61–86). Washington, DC: American Psychological Association.
- Höder, J. (1992a). *Gesprächspsychotherapie. Was sie kann, wie sie wirkt und wem sie hilft*. Mannheim: PAL Verlagsgesellschaft.
- Höder, J. (1992b). Wie können wir Therapien verkürzen? In M. Behr, U. Esser, F. Petermann, W. Pfeiffer & R. Tausch (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychologie & Psychotherapie. Jahrbuch 1992* (S. 85–97). Köln: GwG-Verlag.
- Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 197–222). Heidelberg: Asanger.
- Howe, J. (1980). *Integratives Handeln in der Gesprächstherapie*. Weinheim, Beltz.
- Hutterer, R. (1992). Personenzentrierte Psychotherapie zwischen Psycho-boom und Identitätskrise. In R. Stipsits & R. Hutterer (Hrsg.) *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie* (S. 71–82). Wien: WUV.
- Hutterer, R. (1993). Eclecticism: An identity crisis for person-centred therapists. In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers*. London: Sage.
- Hutterer, R. (1996). Die Consumer Reports Studie: Längere Psychotherapien sind effektiver! Neuere Ergebnisse der Psychotherapieforschung und einige gesundheitspolitische Implikationen. *Psychotherapie-Forum*, 4 (1): Supplement, 2–6.
- Hutterer, R. (1996). The core conditions between theory and practice. Critical remarks to a successful, but unpractical theory. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (1996), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 405–411). Wien: Lang.
- Hutterer, R. (2004). Die Domestizierung der Psychotherapie. Kritische Bilanz der Legalisierung und Professionalisierung eines unmöglichen Berufs. In K. Firlei, M. Kierein, M. Kleteka-Pulker (Hrsg.), *Jahrbuch für Psychotherapie und Recht III* (S. 77–84). Wien: WUV.

- Hutterer, R. (2006). 12 Klientinnen und 3 Therapeutinnen. Differenzielle Vorgangsweise im qualitativen Experiment. In Vorbereitung.
- Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P. F., Stipsits, R. (1996). *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion*. Wien: Lang.
- Kazi, M. A. F. & Spurling, L. J. (2000). Realist evaluation for evidence-based practice. Paper presented at the European Evaluation Society's Conference, Lausanne.
- Keys, S. (2003). *Idiosyncratic person-centred therapy*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 100–136.
- Lietaer, G. (1992). Von „nicht-direktiv“ zu „erfahrungsorientiert“. In R. Sachse, G. Lietaer & W. B. Stiles (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie. Eine grundlegende Neuorientierung* (S. 11–22). Heidelberg: Asanger.
- Lietaer, G. (2002). The client-centered/experiential paradigm in psychotherapy: Development and identity. In J. C. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (pp. 1–15). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Manicas, P. (1998). Explaining the past and predicting the future. *Journal for Behavioral Sciences*, 42 (3), 398–405.
- Manicas, P. & Secord, P. F. (1983). Implications of the new philosophy of science: A topology for psychology. *American Psychologist*, 38, 4 (April, 1984), 399–413.
- Maslow, A. H. (1977). *Die Psychologie der Wissenschaft. Neue Wege der Wahrnehmung und des Denkens*. München: Goldmann.
- Mearns, D. & Thorne, B. (1988). *Person-centred counseling in action*. London: Sage.
- Patterson, C. H. (2000). *Understanding psychotherapy: Fifty years of client-centered theory and practice*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Polanyi, M. (1962). *Personal knowledge: Towards a post-critical philosophy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension* [The Terry Lectures delivered at Yale in 1962]. Garden City, N.Y.: Doubleday.
- Polanyi, M. (1985): *Implizites Wissen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Prouty, G. (2001). Carl Rogers und die experientiellen Therapieformen: eine Dissonanz? *Person*, 5 (1), 52–57.
- Prouty, G., Van-Werde, D. & Pörtner M. (1998). *Prae-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rennie, D. L. (2004) Reflexivity and person-centered counseling. *Journal of Humanistic Psychology*, 44 (2), 182–203.
- Rogers, C. R. (1942a/1985). *Die nicht-direktive Beratung*. Frankfurt/M.: Fischer. (Original erschienen 1942: *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1951a/1995) *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer. (Original erschienen 1951: *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1957a/1997) Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung. *Psychotherapie Forum* 5, 3, S 177–185. (Original erschienen 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95–103).
- Rogers, C. R. (1962a/1977). Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In: C. R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 180–196). Kindler: München. (Original erschienen 1962: The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review*, 32, 416–429).
- Rogers, C. R. (1962c/1977). Ein Bericht über Psychotherapie mit Schizophrenen. In *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 161–180). Kindler: München. (Original erschienen 1962: Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics. *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, Summer, 3–15).
- Rogers, C. R. (1975e/1977). Klientenzentrierte Psychotherapie. In *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 15–52). Kindler: München. (Original erschienen 1975: *Client-centered psychotherapy*. In: A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Benjamin (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry, II, Vol. 2* (pp. 1841–1843). Baltimore, MD: Williams and Wilkins).
- Sachse, R., Schlebusch, R. & Sachse C. (2004). Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie. <http://www.ipp-bochum.de/download/gpt-2-kop.doc> [Aufgerufen am 26. 2. 2005].
- Sachse, R. (1996). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sanders, P. (2004). Mapping person-centred approaches to counseling and psychotherapy. In Sanders, P. (Ed.), *The tribes of the person-centred nation* (S. 149–163). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Schäfer, H. (1992). Klärende Zwischengespräche und alternative Therapeutenwahl durch die Klienten. In M. Behr, U. Esser, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & R. Tausch (Hrsg.), *Jahrbuch 1992 für Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie. Band 3* (S. 24–37). Köln: GwG-Verlag.
- Schmid, P. F. (2002). The necessary and sufficient conditions of being person-centered: On identity, integration and differentiation. In J. C. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (pp. 36–51). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2003). The characteristics of a person-centered approach to therapy and counseling. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2 (2), 104–120.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner*. New York: Basic Books.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist* 50 (12), 965–974.
- Sexl, M. (1995). *Sprachlose Erfahrung? Michael Polanyis Erkenntnismodell und die Literaturwissenschaften*. Frankfurt/M.: Lang.
- Shlien, J. (2002). Symposium on psychodiagnosis: (iii) Boy's person-centered perspective on psychodiagnosis: A response. In D. J. Cain (Ed.), *Classics in the person-centered approach*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Stumm, G. & Keil, W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 1–62). Wien, New York: Springer.
- Swidens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Störungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Swidens, H. (2002a). Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 187–208). Wien, New York: Springer.
- Swidens, H. (2002b). Where did we come from and where are we going? The development of person-centered psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1 (1&2), 118–131.
- Takens, R. J. & Lietaer, G. (2004a). Process differentiation and person-centeredness: Introduction to the special issue. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (1), 1–3.

- Takens, R. J. & Lietaer, G. (2004b). Process differentiation and person-centeredness: A contradiction? *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (2), 77–87.
- Temaner Brodley, B. (1986). Client-centered therapy – What is it? What is it not? Paper presented at the First Annual Meeting of the Association for the Development of the Person-Centered Approach, Chicago, 1986.
- Truax, C. B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology* 71, 1–9.
- Tscheulin, D. (1983). *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie. Zur Diskussion um eine Differentielle Gesprächstherapie*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Interaktion*. Göttingen: Hogrefe.
- Van Balen, R. (2002). Die Entwicklung des Experienziellen Ansatzes. In W. Keil und G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 209–230). Wien, New York: Springer.
- Van Kalmthout, M. (2002). The future of person-centered therapy: Crisis and possibility. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1 (1&2), 132–143.
- Volgger, B., Laireiter, A.-R. & Sauer, J. (2004). Burnout bei PsychotherapeutInnen. Eine Studie bei Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen in Österreich. *Person*, 5 (1), 125–136.
- Watson, C. & Bohart, A. (2001). Humanistic-experiential therapies in the era of managed care. In K. J. Schneider, J. F. T. Bugental & J. F. Pierson (Eds.), *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research, and practice* (pp. 503–517). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wiltshko, J. (2002). Focusing und Focusing-Therapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 231–264). Wien, New York: Springer.

Biografie:

Ao. Univ. Prof. Dr. phil Robert Hutterer, geb. 1951, Universitätsprofessor und Institutsvorstand des Instituts für Bildungswissenschaft der Universität Wien, Arbeitsschwerpunkte: Humanistische Psychologie und Pädagogik, Personenzentrierte Psychotherapie, Beratungsforschung, Wissenschaftsphilosophie und Methodologie; Personenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder und Präsident der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP).

Korrespondenzadresse:

Dr. Robert Hutterer
 Institut f. Bildungswissenschaft der Univ. Wien
 Garnisongasse 3
 A-1090 Wien
 E-Mail: robert.hutterer@univie.ac.at